



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

Escuela de Post Grado

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**“EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
NIVEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL I
ESSALUD - TINGO MARIA 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTOR

Mg. Walter Hugo, MASGO CASTRO

ASESOR

Dr. Abner, FONSECA LIVIAS

HUANUCO- PERU

2018



UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintidós días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho, siendo las 12.00 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Juana Irma Palacios Zevallos, **Presidenta**, Dr. Aníbal Díaz Lazo, **Secretario**, y Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución Nº 819-2018-D-EPG-UDH, de fecha diecisiete de diciembre del año dos mil dieciocho y la aspirante al Grado Académico de Doctor: **Walter Hugo MASGO CASTRO**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó al graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD NIVEL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL HOSPITAL I ESSALUD - TINGO MARÍA 2016"**; para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) APROBADO Por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO (Art. 54).

Siendo las 13.30 horas del día 22 del mes de DICIEMBRE del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

Dra. Juana Irma Palacios Zevallos

SECRETARIO

Dr. Aníbal Díaz Lazo

VOCAL

Dra. Gladys Liliana Rodríguez de Lombardi

DEDICATORIA

A la memoria de mi padre Jacinto Masgo Acosta que desde el cielo me cuida y guía mi camino, a mi madre Clotilde Castro Lino por su apoyo incondicional y permanente para cumplir mis metas y objetivos, a mis hijos Jhean Franco y Leonardo Raphael que son el motor y motivo de mi superación.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinitamente a los que contribuyeron al logro de este esfuerzo, en primer lugar:

- A Dios por permitir cumplir mis sueños y anhelos planificados
- A la Universidad de Huánuco, Alma Mater de mi constante superación
- A mi asesor Dr. Abner Fonseca Livias, por asesorarme de forma técnica y metodológica para el desarrollo de la investigación científica
- A los Docentes de la Escuela de Post Grado, por sus valiosos conocimientos científicos y prácticos impartidos durante las jornadas de clases
- A mis compañeros de estudios, con quienes interactué conocimientos y muchas experiencias inolvidables.
- A mi madre por el apoyo emocional en todo momento para poder culminar mis estudios

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE	iv
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
RESUMO	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	18
1.3. TRASCENDENCIA TÉORICA, PRACTICA Y ACADÉMICA	19
1.4. APOORTE DOCTORAL	20
1.5. ANTECEDENTES INMEDIATOS	21
1.6. OBJETIVOS	29

CAPITULO II

2. REFERENCIA TEORICA	31
2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS	31
2.2. ASPECTOS CONCEPTUALES O DOCTRINARIOS	32
2.3. TEORÍA EN LA QUE SE SUSTENTA LA INVESTIGACION	33
2.4. DEFINICIONES OPERACIONALES DE PALABRAS CLAVES	35

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO	37
3.1. METODO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	37
3.2. SISTEMA DE HIPOTESIS	37
3.3. VARIABLES	38
3.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	40
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACION	43

3.6.	TECNICAS E INSTRUMENTOS	43
3.7.	PROCEDIMIENTOS	45
3.8.	ANALISIS DE DATOS	45
3.9.	COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN	46

CAPITULO IV

4. RESULTADOS	51
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	51
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES	64

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	72
5.1. VERIFICACION Y CONTRASTACION DE HIPOTESIS	72
5.2. NUEVOS PLANTEAMIENTOS	77
5.3. FUNDAMENTOS DEL NUEVO APORTE	78

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
6.1. CONCLUSIONES	81
6.2. RECOMENDACIONES	83
7. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	85
8. ANEXOS	88

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 01.	Organización del Comité de Gestión de la Calidad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	51
Tabla 02	Implementación de Proyectos de Mejora a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	53
Tabla 03	Aplicación de Buenas Prácticas de la Atención a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	54
Tabla 04	Aplicación de la Autoevaluación en base a Macroprocesos a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	56
Tabla 05	Aplicación de las Rondas de Seguridad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	58
Tabla 06	Satisfacción de los Usuarios Externos a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	60
Tabla 07	Clima Organizacional a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	62
Tabla 08	Efectividad de la Variable Organización antes y después de la implementación del sistema de gestión de la calidad Hospital I EsSalud Tingo María 2016	64
Tabla 09	Variación de la Variable Proyectos de Mejora Continua Antes y Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad Hospital I EsSalud Tingo María 2016	65
Tabla 10	Efectividad de la Variable Practicas Seguras Antes y Después de la implementación del sistema de gestión de la calidad a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016	66
Tabla 11	Efectividad de la Variable Autoevaluación en Base a Macroprocesos Antes y Después de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el Hospital I EsSalud Tingo María 2016	67
Tabla 12	Efectividad de la Variable Ronda de Seguridad Antes y Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016	68

Tabla 13	Efectividad de la Variable Satisfacción del Usuario Externo Antes y Después de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016	69
Tabla 14	Efectividad de la variable Clima Organizacional Antes y Después de la implementación del sistema de gestión de la calidad Hospital I Tingo María EsSalud Tingo María 2016	70
Tabla 15	Efectividad General de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a Nivel de los Servicios de Salud a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016	71

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico N° 01. Organización del Comité de Gestión de la Calidad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	51
Grafico N° 02. Implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	53
Grafico N° 03. Implementación de Buenas Prácticas de la Atención a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	54
Grafico N° 04. Aplicación de la Autoevaluación a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	56
Grafico N° 05. Aplicación de las Rondas de Seguridad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	59
Grafico N° 06. Satisfacción de los Usuarios Externos a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	60
Grafico N° 07. Clima organizacional a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016	62
Grafico N° 08. Diagrama de cajas y bigotes según comparación antes y después de la Implementación del sistema de gestión de la calidad Hospital I EsSalud Tingo María 2016	71

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio cuasi experimental con un solo grupo, con un antes y un después. Participaron 358 usuarios externos y 94 usuarios internos. Se aplicó varios instrumentos para la recolección de datos. Para probar la hipótesis se utilizó la prueba estadística T-Student. **RESULTADOS:**

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Variable Organización es Efectiva con un valor $p=0,008$. En relación a la implementación de proyecto de mejora es Efectiva con un valor $p=0,000$. Para la variable Practica Segura se encontró diferencia estadísticamente significativa con un valor $p=0,031$, por lo que su implementación es Efectiva. La implementación de la Autoevaluación es Efectiva con un valor $p=0,04$. La implementación de la Ronda de Seguridad es Efectiva con un valor $p=0,008$. La implementación de la medición de la satisfacción del usuario externo es Efectiva con un valor $p=0,000$. La Variable Clima Organizacional No fue Efectiva con un valor $p=0,094$. **CONCLUSIONES:** La implementación del sistema de Gestión de la Calidad a nivel de los servicios de salud del Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016 es Efectivo ($p= 0,009$).

PALABRAS CLAVES: Sistema gestión de la calidad, implementación, servicios de salud.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the effectiveness of the administration system from the quality to level of the services of health in the EsSalud Hospital I Tingo Maria 2016. **MATERIALS AND METHODS:** I study quasi experimental with a single group, with a before and a later. 358 external users and 94 internal users participated. A questionnaire was applied for the gathering of data. To prove the hypothesis the statistical test T-Student it was used. **RESULTS:** The implementation of the System of Administration of the Quality for the Variable Organization is effective with a value $p=0,008$. in relation to the implementation of project of improvement it is effective with a value $p=0,000$. For the variable he/she Practices Sure he/she was difference statistically significant with a value $p=0,031$, for what its implementation is effective. The implementation of the Autoevaluación is effective with a value $p=0,04$. The implementation of the Ronda of Security is effective with a value $p=0,008$. The implementation of the mensuration of the external user's satisfaction is effective with a value $p=0,000$. The Variable Organizational Climate was not effective with a value $p=0,094$. **CONCLUSIONS:** The implementation of the system of Administration of the Quality at level of the services of health of the Hospital I Tingo María EsSalud is effective ($p = 0,009$).

KEY WORDS: System administration of the quality, implementation, services of health.

RESUMO

OBJETIVO: Para determinar a eficácia do sistema de gestão da qualidade nível dos serviços de saúde no Hospital I EsSalud Tingo María 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo quase-experimental com um único grupo, com um antes e depois. Um total de 358 usuários externos e 94 usuários internos participaram. Diversos instrumentos foram aplicados para coleta de dados. Para testar a hipótese, foi utilizado o teste estatístico T-Student.

RESULTADOS: A implementação do Sistema de Gestão da Qualidade para a Variável da Organização é efetiva com um valor de $p = 0,008$. Em relação à implementação do projeto de melhoria, é efetivo com um valor de $p = 0,000$. Para a variável Safe Practice, uma diferença estatisticamente significativa foi encontrada com um valor $p = 0,031$, então sua implementação é efetiva. A implementação da autoavaliação é efetiva com um valor $p = 0,04$. A implementação da Rodada de Segurança é eficaz com um valor $p = 0,008$. A implementação da medição da satisfação do usuário externo é efetiva com um valor $p = 0,000$. A variável Clima Organizacional não foi eficaz com um valor $p = 0,094$. **CONCLUSÕES:** A implementação do sistema de Gestão da Qualidade no nível dos serviços de saúde do Hospital I EsSalud Tingo María em 2016 é eficaz ($p = 0,009$).

PALAVRAS-CHAVE: Sistema de gestão da qualidade, implementação, serviços de saúde.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud toman como un hecho muy importante el de brindar servicios que satisfagan a los clientes y más aun tratándose de usuarios asegurados de EsSalud, quienes aportan un derecho en forma mensual que les permite recibir atención en salud de calidad, la cual está entendida como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera oportuna y equitativa, a través de un selecto profesional, teniendo en cuenta los beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los asegurados.

Es necesaria la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad a fin de lograr una atención de calidad, mejorando de tal manera la imagen de la institución.

El Sistema de Gestión de la Calidad, cuenta con diversas normas que están relacionadas con el desarrollo organizacional, que favorecen el cumplimiento de metas trazadas, mediante la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos de la institución con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los estándares la calidad y seguridad del paciente, con una cultura de calidad que conlleven a la humanización en la atención de los usuarios.

En base a ello se ha elaborado la investigación que lleva por título: “Efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María 2016”; los resultados que se han obtenido permitirán impulsar acciones referidas al sistema de gestión de la calidad, la que permitirá que servicios de salud mejoren sus procesos, implementando proyectos de mejora continua, aplicación de buenas prácticas en la atención, ejecución de la autoevaluación de forma anual, la cual favorecerá al logro de la satisfacción del usuario externo y mantener un clima organizacional saludable.

La Medición de la efectividad del sistema de gestión de la calidad implementada en el Hospital I EsSalud Tingo María, constituye un instrumento

de gestión para los decisores, ya que permitirá mejorar los indicadores de la calidad de manera sostenible, así mismo logrará instaurar una cultura de calidad que favorezcan a la satisfacción de las necesidades de los usuarios externos e internos. Del mismo modo el estudio otorgara información que sirva de base para posteriores estudios relacionados a gestión de la calidad implementados en las diferentes IPRESS de nuestro departamento y a nivel nacional.

En este contexto el presente trabajo de investigación está diseñado de la siguiente manera:

Se inicia en el primer capítulo, describiendo el problema, en la que se ofrece información básica de la problemática a nivel mundial, nacional y local, también se formula el problema, trascendencia teórica, técnica y académica, el aporte a brindar, antecedentes inmediatos y objetivos.

En un segundo capítulo, se consigna las referencias teóricas de la investigación detallandose, los antecedentes históricos, los aspectos conceptuales, la fundamentación teórica, conceptos relacionados a las variables en estudio.

En el tercer capítulo, metodología de la investigación se presentan: el método y nivel de investigación, sistema de hipótesis, variables, diseño, población, muestra en estudio, técnicas e instrumentos, validez y confiabilidad de los instrumentos, procedimiento de recolección de datos, plan estadístico y las consideraciones éticas.

En el capítulo cuatro, se ilustra los resultados, donde se detalla el análisis descriptivo y el análisis inferencial con sus respectivas tablas, figuras

En el capítulo cinco se presenta la discusión de resultados, finalizando con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La calidad no mejora sola, es necesaria una actuación específica, continua y metodológicamente contrastada para este fin, dentro de lo que se conoce como un Sistema de Gestión de la Calidad. La existencia de este tipo de sistema es justificable porque repercute directamente en la salud óptima de la población. El contenido de la Calidad aparece como supuesta prioridad en un número creciente de sistemas sanitarios, Sin embargo, no siempre están bien fundamentadas ni su uso comprobada, a la vez que permanecen diversas situaciones de fragmentación en las iniciativas, en deterioro de la visión y estructuración integral que deberían tener los sistemas de Gestión de la Calidad, en cualquier lugar y en los diferentes niveles del Sistema de Salud.¹

El Seguro Social del Perú, EsSalud, según lo establecido en el Decreto Supremo N° 016-2012-TR, y Decreto Supremo N° 021-2012-TR, se encuentra en etapa de reorganización, con la finalidad de garantizar una efectiva prestación de servicios a los usuarios asegurados, en el marco del derecho a la seguridad social en salud y los principios de solidaridad, transparencia, participación y eficiencia.

En ese sentido, es importante considerar que el Método de Gestión de Calidad se encuentra en una fase de transición hacia los cambios propuestos por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo y Ministerio de Salud.

El Decreto Supremo N° 004-2013-PCM que aprobó la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, en cuyo numeral 3, describe “La apuesta central: una gestión pública encaminada a resultados al servicio del ciudadano”, donde se establece que para lograr una gestión pública innovadora orientada a resultados, las entidades deben: “Coordinar y ayudarse entre sí, a fin de alinear metas, objetivos, acciones, recursos y capacidades institucionales en función de incrementar el rendimiento de dichos servicios y capacidades a favor de los ciudadanos”. EsSalud es una institución, con presencia nacional, requiere de métodos que cuenten con el nivel de análisis y estudio que logre un diseño organizacional más eficiente y con proyección a corto, mediano y largo plazo.² La cual se sustenta en principios tales como, articulación y unión, transparencia, sostenibilidad, eficiencia y eficacia, visión orientado al cliente, honradez y equidad, armonización y no barrera comercial.

Se pretende así mismo tener mayor eficiencia en el abastecimiento de bienes estratégicos, de acuerdo a las necesidades reales y no históricas, reducir del gasto en medicamentos costosos y mejorar la atención especializada mediante el uso de la telemedicina, la cual contribuirá a mejorar los servicios de salud de forma oportuna, con calidad y calidez, en el marco de la política de humanización, con el objetivo de incrementar la satisfacción de los Asegurados.³

Existe un compromiso desde el nivel central en mejorar el sistema de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud, donde presentan debilidades de organización, sensibilización, ejecución, monitoreo y

evaluación en las diferentes instituciones prestadoras de Salud (IPRES) a nivel nacional, regional y local.

A nivel nacional existe la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, quienes están enfocados a generar lineamientos, directivas, normas y reglamentos para la implementación del sistema de gestión de la calidad pero existe una debilidad permanente que es el fortalecimiento de capacidades al personal asistencial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), dotaciones de recursos humanos, equipamiento deficiente y una inadecuada infraestructura la cual limita en gran medida su implementación.

A nivel Regional la Red Asistencial Huánuco y el Hospital I EsSalud Tingo María, presenta similitudes en la descripción y caracterización de los problemas orientados a la implementación del sistema de gestión de la Calidad, dentro de ellos tenemos: En la organización, cuenta con comité de calidad y seguridad del paciente oficializado por la red asistencial, pero no efectúa las funciones y actividades designados. En planificación, cuenta con Plan de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, vigente y oficializado, la cual no se ejecuta según el cronograma. En relación a la ejecución, existe deficiencia en diseñar y ejecutar los proyectos de mejora continua de la calidad. En el control se evidencia pocas acciones de monitoreo de los Indicadores de gestión de la calidad y seguridad del paciente, insuficiente información a la alta dirección sobre el nivel de cumplimiento de los Indicadores, escasa socialización al interior de la organización y finalmente no realizan acciones de intervención frente a los hallazgos identificados.

En relación a la dimensión del problema podemos mencionar los resultados identificados de la encuesta realizada a los usuarios externos

durante la atención recibida en los servicios de consulta externa alcanza un 53.7% de insatisfacción, en emergencia un 64% y hospitalización un 70% a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María en el 2015.

Así mismo se cuenta con resultados relacionados a la autoevaluación de los macroprocesos realizada por el comité de acreditación en el año 2015, donde los resultados alcanzaron. 1) Macroproceso gerencial se alcanzó un 45.40%, 2) Macroproceso prestacional se alcanzó un 60,12 % y 3) Macroproceso de ayuda al diagnóstico alcanzó un 51, 50 % del total. El promedio final fue de 52 % para la acreditación como IPRESS la cual nos indica NO Aprobado Subsanan en 9 Meses.

Esta información nos permitió desarrollar una investigación de forma integral considerando que son enfoques transversales para todos los servicios de que brinda el Hospital I EsSalud Tingo María. Considerando que el sistema de gestión de la calidad es amplio, para efectos de investigación se priorizo las herramientas de medición como son: El aplicativo de la autoevaluación, la guía de buenas prácticas de la atención paciente, el aplicativo de las rondas de seguridad, el aplicativo de las encuestas del usuario externo, el aplicativo del clima organizacional y la lista de cotejo para conocer la organización y el diagnóstico situacional relacionado a la infraestructura, equipamiento y capacitación.

Los instrumentos utilizados en la tesis de investigación permitieron conocer los resultados basales la cual permitió comparar entre el antes y después de la investigación durante el 2015 y 2016.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL:

Se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿La organización influirá en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?
- ¿La implementación de proyectos de mejora influirá en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?
- ¿La aplicación de las Buenas Prácticas de Atención influirá en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?
- ¿La ejecución de la Autoevaluación influirá en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?
- ¿La ejecución de las rondas de seguridad del paciente influirá en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?
- ¿La satisfacción de los usuarios externos valorarán la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?

- ¿El clima organizacional evaluarán la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?

1.3 TRASCENDENCIA TÉORICA, PRACTICA Y ACADÉMICA

1.3.1 TÉORICA. Gestión de la calidad es un programa que busca mejorar los indicadores de satisfacción del cliente mediante el trato humanizado y una atención de calidad donde marca la diferencia con otras organizaciones. Plantea contar con un modelo propio que recoge las necesidades y perspectivas de los usuarios, mediante la implementación permanente de protocolos estandarizados durante la atención y permita realizar el seguimiento oportuno de todos los indicadores institucionales⁴. Estos resultados servirán para la creación de nuevos conceptos y definiciones en futuros estudios de investigación.

1.3.2 PRÁCTICA. Para garantizar su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo, se tuvo en cuenta los resultados del diagnóstico basal institucional, aplicados al usuario externo, interno y aspectos de organización, equipamiento, infraestructura y capacitación, la cual permitió facilitar la elección de los instrumentos y la metodología de la investigación a seguir. En este contexto el estudio de investigación permitió comparar los resultados obtenidos entre el 2015 y el 2016 del proyecto estudiado sobre la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María 2016. Estos resultados tienen un enfoque integral de los servicios críticos y no críticos, así mismo orientara a tomar decisiones asertivas y efectivas.

1.3.3 PRÁCTICA ACADÉMICA.

Académicamente, el estudio se justifica porque se utilizó métodos y técnicas científicas, así mismo se utilizaron herramientas validadas por expertos de instituciones públicas y privadas para la recolección de la información, las cuales permitieron medir los indicadores y las variables en estudio; y de esa forma se obtuvo un acercamiento a la realidad, para dar respuesta a los objetivos planteados

El estudio sobre la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud, permitirá que otros investigadores y/o alumnos de pregrado y post grado puedan conocer de forma integral el proceso de la implementación del SGC a nivel de las instituciones prestadores de servicios de salud (IPRESS) o establecimientos de salud públicos y privados.

Así mismo es de interés académica, porque permitirá adherir en el plan curricular de las escuelas y/o programas académicas de la facultad de ciencias de la Salud. Académicamente, el estudio justifica

1.4 EL APOORTE DOCTORAL.

Nuestro aporte está directamente relacionado con los resultados obtenidos mediante la investigación sobre la “Efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María 2016”. Donde podrán identificar de forma practica la forma de organización, la elaboración de proyectos de mejora continua, la implantación de las buenas prácticas de la atención, la ejecución de la autoevaluación y el desarrollo de las rondas de seguridad. Todo lo indicado contribuyen favorablemente a prevenir los riesgos durante la atención, disminuir las complicaciones intrahospitalarias, incrementar la satisfacción del cliente externo y

mejorar el clima organizacional, la cual se logrará aplicando las herramientas de sistema de gestión de la calidad de forma programada y organizada a nivel de los servicios que oferta el personal asistencial y administrativo a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.

Asimismo, permitirá que el equipo de gestión priorice la utilización de los instrumentos a nivel institucional, por generar mejoras significativas a nivel de los servicios, la cual es un fin supremo de los diferentes instituciones prestadoras de salud (IPRESS)

1.5. ANTECEDENTES INMEDIATOS

Herrera M. (2008) Diseño de un sistema de Gestión de la Calidad para una Microempresa. - Xalapa, Enríquez, Veracruz, México ⁵. De acuerdo a los resultados analizados, se concluye que la disminución de ventas de la microempresa comercial Refaccionaria Mastermotor, se deben a las debilidades en el funcionamiento de los factores internos y externos que la impactan negativamente, tales como: utilización de una administración empírica, aumento de la capacidad y falta de adaptación al cambio. La administración implementada, y el estilo de dirección del líder es autocrático, mismo que utiliza la experiencia aprendida durante el transcurso del tiempo, para tomar decisiones, sin tener una base profesional, aspecto que se visibilizan en las deficiencias operacionales de la empresa, específicamente en las etapas de planeación, organización, dirección y control. Esto se encuentra aunado a la problemática general de la microempresa que, a pesar de ser considerada a nivel mundial como el estrato económico que genera mayores unidades económicas y empleos, carece de microempresarios con una formación profesional.

Por otra parte, el incremento de la competencia, impactó los niveles de venta al acaparar una parte del mercado y volver más competente en la actualidad, de esta manera el mercado se ha tornado más rígido y a su vez el cliente cuenta con mayores opciones de compra.

Estas circunstancias originan que la organización se adapte a los cambios del mercado actual, a través de estrategias que le permitan tener una sólida ventaja competitiva propia y sostenible en el tiempo, con el fin de asegurar la permanencia en el mercado y así reposicionarse en el mismo. Es evidente entonces, que la institución al seguir conservando un tipo de gestión empírica no se ha adecuado al medio, apaciguando de esta forma su crecimiento y desarrollo, así como también perdiendo participación en el mercado, sin tener un buen rendimiento económico. Por lo tanto, debido a las circunstancias antes señaladas, se propone la implantación de un sistema de calidad con base en la norma ISO 9001:2000, como estrategia que permitirá, mejorar su trabajo interno e incrementar las ventas.

Se mantendrá una dirección integral, eficaz y beneficiosa, que le ayudará a adecuarse a las necesidades del medio, mejorando progresivamente los procesos y erradicando las debilidades identificadas como la falta de sistematización, aplicación de procesos no estandarizados, insuficiente capacitación y débil comunicación.

El sistema de gestión de la calidad, brinda tecnologías y formas eficaces, reglamentadas para establecer las raíces de los problemas y luego corregirlos para evitar que puedan volver a suceder continuamente. Mediante la incorporación de un enfoque al cliente, los esfuerzos de toda la organización estarán encaminados a la satisfacción total del mismo, aspecto que beneficiará gradualmente sus objetivos económicos; con la adopción de un enfoque basado en procesos, se tendrá un control continuo entre las diversas acciones que se realizan, lo que permitirá el desarrollo de una mejora permanente.

El estilo de dirección, permitirá una participación activa de toda la organización, así como la toma de decisiones basada en hechos y no de manera empírica.

Saboya, I. (2005). Gestión de servicios Hospitalarios Públicos: estudio comparativo entre Hospitales de la Región Noroeste de Brasil y Cataluña. Universidad de Barcelona. Barcelona.⁶

En nuestra investigación se buscó hacer un estudio de la literatura que el campo de estudio no sólo de los hospitales como también de los servicios sanitarios para que hubiera un entendimiento mayor, más general de la situación actual. Posteriormente se hizo una revisión literaria del mercadeo y de la calidad, primero con relación a la gestión en general y después en el foco del trabajo, que son los hospitales. Cabe decir que hay un cuerpo teórico importante en el área de la gestión de calidad, de los recursos humanos y del marketing, por otro lado, hubo una cierta dificultad en el área específica que trata este trabajo. Por ser todavía reciente la gestión hospitalaria, las aplicaciones en las dos ciudades - de la gestión de calidad y del marketing no obstante son incipientes, el marketing más. Durante la tesis hemos visto, en especial en el capítulo 1, que tanto el Sistema Sanitario español como el brasileño sufrieron reformas con el objetivo de mejorar el bienestar de la comunidad, cada país con sus distintas influencias. España con influencia de la Reforma Sanitaria del Reino Unido y Brasil con la Reforma del Sistema de Salud de Italia. Actualmente la palabra es universalizar este sistema sanitario adaptándose a su realidad. El objetivo continúa siendo el bienestar y consecuentemente la salud del usuario del sistema de salud. Se observó que Brasil, principalmente la ciudad de Fortaleza, sufre una cierta influencia del sistema sanitario catalán, incluso con citas realizadas entre los dos gobiernos en el ámbito municipal en el año de 1999 en Cataluña. Muchas cosas, consecuencia del diálogo, se

adaptaron del servicio sanitario catalán, como el carné de salud, las visitas programadas y el médico de cabecera. En Cataluña el sistema está funcionando mejor que Ceará, por ser esta una ciudad más pobre y también por el poco tiempo de implantación del modelo. El Estado de Ceará las microrregiones (capítulo 1) están cada vez más consolidándose dentro de su realidad y puede ser un ejemplo a ser seguido. Con relación a la gestión hospitalaria, por ser algo reciente, todavía hay mucho a ser realizado. Pero ya existe una tendencia para modernizar esta gestión como los procesos, la reingeniería, a pesar que algunos hospitales continúan gestionando de la misma manera que hace 30 años. Una de las dificultades con relación al Sistema Público son las tendencias del futuro: el gran porcentual de personas mayores en España, como también en Brasil, el último con un porcentual bastante inferior. Se observó en las encuestas que en los hospitales trabajados en Barcelona hay muchas personas mayores visitándose que en Fortaleza. Otras tendencias serían las económicas, tecnológicas, que existe sin sombra de dudas un enorme abismo entre los dos países. Las colas, el tiempo de espera, serían la latente preocupación existente entre los dos escenarios. Hay una tendencia a domiciliarse cada vez más el atendimento, en Cataluña ya existe este servicio, pero en Ceará se está implantando todavía en los pueblos a través del PSF (Programa de Salud de la Familia). En las encuestas se observó que la demanda es demasiada, principalmente en Fortaleza, con las personas llegando a las 4:00 h de la mañana para coger un sitio y poder visitarse en el mismo día a veces en otra fecha. Como fue dicho, este problema de la demanda se agrava pues la población está viviendo más y recorriendo más a los hospitales. Podemos decir que una de las principales preocupaciones en términos de gestión sería la autonomía, o sea, la flexibilización y la 'limpieza' de las estructuras y principalmente en Brasil, el poder de resolución por parte de los gestores de hospitales

públicos sin el exceso de burocracia. Que retarda o impide soluciones. La informatización (sistema de información) es importante para el conocimiento total de los usuarios. Los hospitales investigados en Cataluña ya lo hacen, en Ceará hace algunos años que se empezó a hacerlo, más recientemente en Fortaleza con la implantación del carné de salud. Debida su gran importancia, se reservó un capítulo para los recursos humanos. Se nota que actualmente hay una alta tasa de absentismo y rotación de los profesionales de salud en Brasil, esto se debe a la selección de trabajadores con perfiles inadecuados a este tan complejo trabajo. La piedra angular en los recursos humanos será el desarrollo y el entrenamiento, como también la formación continuada, fundamental para el éxito y progreso de los programas y servicios hospitalarios como la aplicabilidad del marketing y de la calidad. En la gran mayoría de las entrevistas realizadas con dirigentes de los hospitales, se nota una verdadera preocupación con la aplicación del programa de calidad, incluso en Fortaleza, con el Hospital Geral de Fortaleza que ya posee dicho programa bien avanzado, el cual hace una comunicación bastante razonable con los funcionarios. En Barcelona el factor calidad ya está más desarrollado, incluso con servicio de atención a los pacientes. No se percibe es un programa específico de marketing, fundamental para que se atienda mejor los usuarios, puede que sea por la falta de conocimiento exacto de su concepto, justificando el motivo de haber un capítulo de la tesis para el marketing hospitalario. Actualmente el marketing no sólo tiene una preocupación en satisfacer las necesidades y los deseos de los consumidores, como también al bienestar de la sociedad con el concepto de marketing societario. Por error las personas mezclan el concepto de marketing con ventas y propaganda, colocando como una cosa malévola que sólo piensa en lucros. Creemos que es algo maniqueísta, o es bueno o es malo, claro que hay las dos cosas en

cualquiera profesión, y en el marketing no va a ser diferente. La responsabilidad social y la ética en el marketing tienen ganado fuerza a través del consumerismo, de los consumidores inteligentes. Cuando se habla de responsabilidad social está refiriéndose también a la relación médico-paciente, a la humanización de esta comunicación dentro de la “empresa” hospital, fundamental tanto para los usuarios como para los funcionarios. Dentro del contexto teórico que hemos visto en esta tesis se siente la necesidad de una visión más holística, de una sinergia en la estructura administrativa hospitalaria con el único objetivo de mejor atender a estos usuarios. El mundo pide eso, una universalización del atendimento, de los derechos, pero siempre pensando que un individuo es diferente de cada uno, contándose siempre, a pesar de toda la globalización impuesta, que todo sigue igualmente diferente. Cabe poner algunas sugerencias para mejora de la gestión hospitalaria simplificada por áreas: Organización y Gestión Hospitalarias: estructuras más flexibles; aplanamiento del organigrama; organización por procesos; descentralización de la toma de decisiones (principalmente en Brasil con sus decisiones políticas); orientación al cliente (utilizando el concepto moderno de marketing); mejora de los sistemas de información hospitalarios (Sistemas de clasificación de pacientes, rotación de clientes, grado de ocupación de camas, etc.). Recursos Humanos: Formación continua; Políticas de incentivos y de promoción de la carrera profesional; Introducción de los valores de cambio e innovación; Introducción del concepto de eficiencia; Involucración del cuerpo médico en la toma de decisiones relacionadas con el gasto hospitalario; Mejora de la información al cliente interno y externo. Mercado y Entorno Sanitario: Fomento de la presión competitiva entre hospitales; Generalización de los hospitales; Organizar sistemas integrados de salud entre hospitales (consorcios, integración vertical/horizontal, alianzas estratégicas);

Otorgar mayor autonomía entre hospitales; Evaluación continua de las necesidades y satisfacción del cliente.

Ing. Hernando E. (2006). Estrategia para el análisis de SIC que asistan modelos de Gestión de la Calidad. CENDEX .Colombia.⁷ Esta investigación aporta a la ciencia, al presentar el uso del enfoque a través de procesos inmerso en una estrategia de aprendizaje organizacional que hace uso de métodos de sistemas para indagar sobre los requisitos de información en una organización que implementa un patrón de gestión de la calidad.

Dentro de las exigencias de calidad a fortalecer, el concepto de funcionalidad es el de mayor prioridad para un sistema que sirve. Si el sistema servido es el sistema de gestión de la calidad y el sistema que sirve es el sistema de información, entonces se requiere un sistema de información eficaz para lograr una gestión de la calidad efectiva. El uso de sistemas de actividad humana (SAH) como lenguaje de modelado garantiza que el sistema de información definido sea eficaz. El análisis de sistemas de información abordado como una situación problemática no estructurada, enfoca la intención de la intervención en el enriquecimiento del conocimiento de la situación por parte de la organización, compuesta por las actividades que debe realizar para garantizar la consecución de sus objetivos y la información requerida para que dichas actividades actúen efectivamente. El método propuesto para el estudio de sistemas de información centrada en el incremento del conocimiento, ofrece garantías para proyectar a la institución el mejoramiento permanente, a través de la implantación de indicadores de proceso visibles, que ubican a la entidad en una etapa evolutiva en relación con los resultados de la intervención. Implementar esta estrategia en ciclos reiterativos en los servicios de salud, ayuda al mejoramiento de la calidad del Sistema General de Salud Colombiano.

Espinoza L*, Huerta K., Pantoja J., Velásquez W., Cubas D., Ramos A., (10-2010) “El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho”.⁸ Investigación descriptiva tipo transversal, realizaron una encuesta a 65 pacientes mayores de 18 años de ambos sexos, con un tiempo mayor de 24 horas de hospitalización en los servicios de medicina, obstetricia y cirugía. Los resultados muestran que el 44% algunas veces percibe un apoyo en el cuidado, un 47,7% soporte emocional, un 35,4% soporte físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de proactividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca observó una priorización en su cuidado. Concluyen que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del personal de enfermería hacia los pacientes.

Ugaz A. (06- 2012) “Propuesta de Diseño e Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma Iso 9001:2008 Aplicado a una empresa de fabricación de lejas-UPCP”.⁹ Concluyen que el manual de calidad elaborado servirá como pauta para orientar a los recursos humanos de la organización sobre los caminos a seguir en cada una de las periodos del proceso productivo para asegurar que el producto final cumpla de forma exitosa todos los patrones de calidad requeridos por el cliente, las reglas vigentes y de seguridad interna. El establecimiento y estandarización de los procesos de trabajo a través de procedimientos, instructivos y anotaciones mediante el enfoque de mejora continua, asegurará y mejorará el bienestar de los clientes internos y externos. Teniendo los procesos organizados y estandarizados permitirá un aumento de la producción, reduciendo el tiempo de las operaciones y admitiendo a la empresa atender a una mayor demanda de productos. El menor tiempo de ciclo del producto por un mejor control de los procesos,

permitirán la reducción de costos en el consumo de materia prima, materiales, insumos y mano de obra directa e indirecta

Podesta, L. (2012). Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital EsSalud Vitarte.

LIMA-PERU: UNMSM.¹⁰ El objetivo fue determinar la Calidad de atención en los pacientes Quirúrgicos referidos al Hospital EsSalud Vitarte-Lima, Con una población de 15,954 pacientes quirúrgicos y una muestra de 1,000 pacientes, se siguió un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional, se usó la encuesta SERVQUAL aplicada a Salud.

Como conclusión principal se indicó que se deben implantar criterios consensuados que permitan el diseño de un modelo de Gestión sistémico de la lista de espera quirúrgica (LEQ), que incluya desde la Indicación quirúrgica hasta la resolución del proceso.

1.6 OBJETIVOS

a. Objetivo General

Determinar la Efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

b. Objetivos Específicos

- Identificar la influencia de la organización en la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?
- Identificar la influencia de la implementación de los proyectos de mejora en la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

- Identificar la influencia de la aplicación de la Buenas Prácticas de Atención en la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016
- Identificar la influencia de la Autoevaluación en la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016
- Identificar la influencia de la ejecución de las rondas de seguridad del paciente en la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud mediante la satisfacción de los usuarios externos en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016
- Evaluar la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud mediante el clima organizacional en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

CAPITULO II

2 REFERENCIA TEÓRICA

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con el Decreto Supremo N° 046-2014-PCM se aprueba la Política Nacional para la Calidad, la cual guía la implementación en el Perú, cuenta con los principios de articulación y coordinación, transparencia, sostenibilidad, eficiencia y eficacia, visión orientado al cliente, integridad, armonización y no barrera comercial. Al implementar este modelo organizacional se pretende mejorar los recursos humanos, disminuir la burocracia, disminuir el centralismo dando autonomía administrativa y financiera a las Redes nivel nacional. Se pretende así misma programación de las necesidades en base a lo real y no a lo histórico, disminuir gasto en medicamentos caros y mejorar la atención especializada haciendo uso de la telemedicina. Esto permitirá que los servicios sean brindados con calidad, sea oportuna y transparente en base a la atención humanizada, elevando los indicadores de bienestar de los clientes internos y externos. En base a ello, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGC), forma parte del órgano de asesoramiento de la Alta Dirección, la que se encarga de implementar prácticas de calidad en todos los establecimientos de EsSalud, impulsando una cultura de la calidad, trato humanizado y de gestión¹¹

La problemática referente a la instauración del Sistema Gestión de la Calidad nivel del Hospital I EsSalud Tingo María, presenta las mismas adversidades desde su funcionamiento como IPRESS hasta la actualidad, se tiene como factores relevantes la inadecuada organización, débil trabajo en equipo, incumplimiento en la aplicación de las normas, protocolos y guías gestión de calidad, limitado presupuesto para las capacitaciones y el poco compromiso del personal de salud.

Actualmente, no hemos encontrado en nuestro país y región estudios relacionados a la Efectividad al sistema de gestión de la calidad nivel de

los servicios de salud, por lo que creemos que nuestros estudios generaran bases para futuras investigaciones para el sistema de salud.

2.2 ASPECTOS CONCEPTUALES O DOCTRINARIOS

Acreditación.¹² Viene hacer un proceso donde se realiza la comparación del desempeño con los estándares establecidos viables de alcanzar, las cuales previamente han sido formuladas por los directivos de salud. Está orientado al progreso permanente de la calidad de atención en un establecimiento de salud.

Auditoría de la Calidad de la Atención¹³. Es el mecanismo sistemático y continuo del cumplimiento de patrones de calidad en salud.

Rondas de Seguridad¹⁴. Son visitas de forma programadas realizadas a los servicios por el personal directivo del establecimiento de salud, con el objetivo de identificar eventos inseguros, así como el de educar y sensibilizar al trabajador de salud con la finalidad de fomentar practicas seguras de atención.

Practicas Seguras.¹⁵ Vienen a ser intervenciones tecnológicas, científica y administrativa del proceso asistencial en salud, estandarizada a fin de disminuir la posibilidad de ocurrencia de un evento adverso.

Evento Adverso¹⁶. Son daños que se presentan en forma voluntaria y que ocurren durante un cuidado de salud y que no estaba programado.

Incidente¹⁷. Escenario inesperado que no produce daño al paciente.

Seguridad del Paciente¹⁸. Es la disminución de acciones inseguras que ponen riesgo a un paciente dentro de una Institución prestadora de servicio de salud (IPRESS).

Mejora Continua¹⁹. Es un evento periódico para ampliar la capacidad de cumplimiento de los estándares de calidad con el objetivo lograr la satisfacción de los clientes internos y externos.

Satisfacción del Usuario²⁰. Es la satisfacción del paciente frente a una atención integral recibida en un establecimiento de salud, para lo cual respondieron a su necesidad.

Satisfacción del usuario interno²¹ . Es el equilibrio favorable entre lo que el usuario interno espera de la entidad y lo que percibe de ella.

2.3 TEORÍA EN LA QUE SE SUSTENTA LA INVESTIGACION

2.3.1 PLAN DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD –ESSALUD EN EL PERÚ -2016²²

- a. **FINALIDAD.** Realizar lineamientos administrativos y técnicos para el desarrollo del plan de gestión de la calidad, en la que involucre estándares de la calidad asistencial y administrativa y trato humanizado en todos los servicios que brinda EsSalud, las cuales están dentro del plan Estratégico Institucional y la Política Nacional de Calidad en Salud.
- b. **OBJETIVO.** Difundir e impulsar la mejora continua de la calidad en los diferentes servicios con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los estándares establecidos
- c. **ALCANCE.** Es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las dependencias de EsSalud, en el marco de la gestión de calidad, seguridad del paciente y humanización de la atención
- d. **RESPONSABILIDADES.** Son responsables de dar cumplimiento al presente plan los gerentes, jefes, coordinadores, directores, profesionales y personal operativo asistencial y administrativo.
- e. **ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACION.** Las estrategias son las siguientes:
 - Generar compromisos del trabajador de salud en los diferentes niveles de atención.
 - Empoderar a todos los trabajadores para el cumplimiento de la cultura de calidad
 - Desarrollar mecanismos participativos y multidisciplinarios
 - Promover la investigación operativa para el mejoramiento continuo.

- Incorporar a nuestros clientes externos para el proceso de mejora continua de la calidad a nivel de los servicios de salud
 - Establecer un sistema de información sobre la evaluación de la calidad de los servicios de salud
 - Constituir la Acreditación de IPRESS como un instrumento que incentive y reconozca el logro de altos estándares de calidad.
- f. **ACTIVIDADES.** Son las siguientes:
- Crear, implementar y mejorar los escenarios para el desarrollo de la calidad.
 - Mejorar los procesos de control y evaluación de los indicadores de calidad y seguridad según niveles de atención y complejidad.
 - Impulsar la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales
 - Mejorar la Garantía de Calidad a fin de fomentar el cumplimiento de los estándares de calidad
 - Mejorar la gestión del riesgo en salud instaurando una cultura de calidad y seguridad del paciente, mediante la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención.
 - Diseñar, supervisar y evaluar la ejecución de una cultura de la calidad para la atención humanizada.
- g. **EJES DE TRABAJO.** Las actividades están incluidas dentro de los Ejes de Trabajo siguientes:
- a. Implementa y ejecuta el Método de Gestión de la Calidad
 - b. Mejora Continua y Satisfacción de Usuarios.
 - c. Acreditación de las IPRESS de EsSalud
 - d. Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras
 - e. Humanización de la Atención en Salud

TEORÍAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

TRILOGIA DE LA CALIDAD SEGÚN (JOSHEP M, JURAN).²³

Plantea en que la gestión de la calidad consta de 03 procesos:

1) Planeación de la calidad: Establecer un proceso capaz de cumplir con metas establecidas bajo las condiciones mínimas de una organización mediante la ejecución. 2) Control de la calidad: Monitorizar el proceso que funcione de forma óptima identificando algunos errores no planificados de forma oportuna. 3) Mejoramiento de la calidad: Es la manera en que se rompe con los niveles anteriores de rendimiento y desempeño.

CERO DEFECTOS EL SISTEMA DE CROSBY²⁴.

Su propuesta está enfocada hacia el costo donde analiza los problemas de la calidad con una expresión que la dirección entienda mejor sobre el dinero. Su inspiración vive en que la “calidad es libre” para cualquier institución que desea implementar. Además, considera esencial que la motivación hacia la persona es clave para prevenir errores y mejorar la calidad.

LAS 10 GENERACIONES DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD²⁵.

Reúne en tres dimensiones diferentes, las cuales son: El enfoque técnico donde incluye el control de la calidad, buscando la eficiencia de los bienes y los procesos de mejora a través empresarial. El enfoque humano, incluye la vocación de que el control de la calidad es un método diferente a la ingeniería, también incluye los problemas culturales y el desarrollo del potencial humano. Enfoque estratégico, se inicia para enfrentar los retos y problemas identificados durante el desarrollo de la calidad que incluye el remplazo del concepto de control típico del enfoque técnico por el de gestión.

2.4 . DEFINICIONES OPERACIONALES DE PALABRAS CLAVES

- **Acciones de mejora:** Acciones que se implementan para disminuir riesgos en la atención y cuya responsabilidad es del director, equipo de gestión y personal operativo.
- **Atención de Salud:** Prestaciones dadas según estándares y atributos que brindan el personal de salud a la persona, la familia y la comunidad.

- **Autoevaluación para la acreditación:** Es la Fase de estimación del proceso de acreditación, en la que los establecimientos de salud tienen un equipo de evaluadores internos previamente entrenados, quienes realizan la evaluación interna
- **Calidad de la Atención de Salud:** Es la oferta de servicios de calidad, brindados al individuo, familia y comunidad de calidad para satisfacer sus necesidades de los clientes externos.
- **Cultura Institucional de la Calidad:** Es la filosofía institucional según el comportamiento individual, que busca reducir al mínimo el daño que podría soportar el paciente como consecuencia de la atención recibida, logrando el bienestar de los usuarios.
- **Sistema de Gestión de la Calidad:** Es el conjunto de modelos con las cuales se logra el cumplimiento de los estándares de la calidad.
- **Prestación de Salud:** Servicio o ayuda que una persona o institución ofrece a otra para promover, prevenir, recuperar o rehabilitar la salud.
- **Proyecto de Mejora Continua:** Son planes pequeños que permiten alcanzar un objetivo determinado con la finalidad de generar cambios sostenibles de situaciones encontradas.
- **Garantía y Mejora de la Calidad:** Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para normalizar y fortalecer el desempeño, para que la atención brindada sea de calidad.
- **Usuario externo:** Es el individuo que concurre a recibir atención a cualquier servicio que brinda una institución de salud.
- **Usuario interno:** Es el individuo que brinda atención en una institución ya sea pública o privada.

CAPITULO III

3 MARCO METODOLOGICO

3.1 MÉTODO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según el método de la investigación fue un estudio cuasi experimental porque respondió a preguntas y a hipótesis planteadas, las cuales fueron contrastadas con los resultados obtenidos al final de la investigación.

Según su alcance temporal: Es un estudio prospectivo, porque se va realizar en tiempo futuro

Es un estudio de tipo longitudinal, porque se investigó al mismo conjunto de estudio en dos momentos al inicio y al final de la investigación.

En cuanto al nivel de investigación correspondió al nivel explicativo, ya que plantean hipótesis explicativas mediante la relación de variables.

3.2 SISTEMA DE HIPÓTESIS

a) SISTEMA DE HIPOTESIS

a.1. Hipótesis general:

Hi: El sistema de Gestión de la Calidad es **Efectivo** nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

a.2. Hipótesis específica:

Ha1: La organización influye en la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?

Ha2: La implementación de los proyectos de mejora influye en la efectividad del sistema de gestión de la calidad

nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

Ha3: La aplicación de las buenas prácticas influye en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

Ha4: La aplicación de la autoevaluación influye en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

Ha5: La aplicación de las Rondas de Seguridad influye en la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

Ha6: La satisfacción de los usuarios externos alcanzan el 70 % después de la implementación del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016?

Ha7: Clima organizacional saludable frente a un sistema de gestión de la calidad efectivo a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016

3.3 VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Sistema de Gestión de la Calidad**
 - Organización del comité de gestión de la calidad
 - Implementación de proyectos de mejora
 - Aplicación de buenas practicas
 - Aplicación de la autoevaluación
 - Aplicación de las rondas de seguridad
 -

VARIABLES DEPENDIENTES

- **Servicios de Salud**

- Satisfacción de usuarios externos
- Clima organizacional

VARIABLES INTERVINIENTES

- Infraestructura
- Equipamiento
- Capacitación

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	Organización	Organización Institucional	Reconocimiento Directoral de los Comités (15)	SI/NO	Nominal
			Aprobación del Pla de trabajo del Comité (15)	SI/NO	Nominal
			Ejecución del Plan de trabajo	SI/NO	Nominal
			Elaboración del informe final	SI/NO	Nominal
	Proyecto de Mejora	Implementación de Proyectos de mejora continua	Proyecto Implementado	SI/NO	Nominal
			Proyecto en Proceso de Implementación	SI/NO	Nominal
	Practicas Seguras	Identificación	Identificación del Paciente	SI/NO	Nominal
		Administración medicamentos	Administración correcta Medicamentos	SI/NO	Nominal
		Prevención de Caídas	Valoración del Riesgo de Caídas	SI/NO	Nominal
		Prevención de Ulceras	Cumplimiento guía prevención de ulcera	SI/NO	Nominal
	Autoevaluación	Gerencial (Decisión)	> 85 %	Optimo	Ordinal

		Prestacional(Razón de ser)	50 a 84 % < 50	Proceso	
		Apoyo(Complemento)		Deficiente	
	RONDAS DE SEGURIDAD	Listado de Rondas de seguridad	Historia clínica	Aplica /No Aplica	Nominal
			Identificación correcta		
			Seguridad en la medición		
			Bioseguridad		
			Funcionamiento y manejo de equipo		
			Seguridad en los servicios		
			Seguridad en centro quirúrgico y obstétrico		

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
SERVICIOS DE SALUD	SATISFACCIÓN	SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	Fiabilidad	Satisfecho /insatisfecho	Ordinal
			Capacidad de respuesta		
			Seguridad		
			Empatía		
			Aspectos tangibles		
	CLIMA ORGANIZACIONAL	Diseño Organizacional	> 84 56 A 84 <56	Saludable	Ordinal
		Potencial humano		Por mejorar	
		Cultura de la organización		No saludable	
VARIABLE INTERVENIENTE	INFRAESTRUCTURA	El Hospital cumple las normas de Infraestructura según el nivel II-1	Observación de la infraestructura	Cumple/ No cumple	Nominal
	EQUIPAMIENTO	El Hospital cumple con la dotación de equipos e insumos de acuerdo al nivel de complejidad II-1	Lista de equipos e insumos	Cumple/ No cumple	Nominal
	CAPACITACION	El hospital cuenta con equipo capacitado en gestión de la calidad	Lista de Participantes y/o Constancia	Cumple/ No cumple	Nominal

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio fue cuasi experimental con las siguientes características:

Gráfico A. Representación gráfica del diseño del estudio

$$GE = O_1 \times O_2$$

Donde:

GE: Grupo en estudio

O₁: Primera observación Basal antes de la intervención del proyecto

X: Intervención (sistema de gestión de la calidad)

O₂: Observación final después de la intervención del proyecto

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.6.1 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- **ENCUESTA:** Se utilizaron para conocer la percepción de los usuarios externos sobre la calidad de atención recibida en los servicios de emergencia, hospitalización y Consultorios externos. Del mismo se aplicó al usuario interno para conocer el clima organizacional a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.
- **ENTREVISTA:** Se utilizó para conocer la situación organizacional, la infraestructura, equipamiento y capacitación a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.
- **GUIAS, MANUAL Y DIRECTIVAS:** Se utilizaron los manuales, guías y aplicativos validados y estandarizados por el ministerio de salud y EsSalud para la intervención del proyecto.

3.6.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- Se utilizara la encuesta para evaluar la satisfacción de los usuarios externos atendidos en los servicios de Emergencia, Consulta externa y Hospitalización, las cuales fueron validados

y aprobados mediante Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA. Anexo N° 04.

- **Se utilizó el cuestionario para medir el clima organizacional**, este instrumento se aplicó al personal de salud asistencial y administrativo durante las funciones y actividades que desarrollaban a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María. Este instrumento fue validado y aprobado mediante RM N° 623-2008/MINSA .Anexo N° 05.
- **Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II- 1 y servicios médicos de apoyo.** Este instrumento se aplicó a los servicios asistenciales y administrativos del Hospital, la cual se realizó en dos momentos al inicio y al final de la intervención. Este instrumento fue validado y aprobado mediante la Norma Técnica de Salud N° 050 -MINSA/DGSP-V.02, Anexo N° 03.
- **Guías para las Rondas de seguridad:** Este instrumento se utilizaron durante las visitas inopinadas que realiza el personal supervisor de forma mensual a los servicios de hospitalización, emergencia, centro obstétrico y centro quirúrgico. Aprobado mediante Directiva N° 03-DA-PE.ESSALUD-2012. Anexo N° 04.
- **Guía de prácticas seguras:** Este instrumento se utilizó durante la supervisión a los servicios de hospitalización, se calificó las siguientes practicas: identificación segura, administración correcta, prevención de caídas y prevención de úlceras por presión. Aprobado Mediante las Directivas N° 07, 08,09 y 10-GG-ESSALUD-2013. Anexo N° 02.
- **Guía de Entrevista.** Para la recolección de la información relacionado a la organización, infraestructura, Equipamiento y Capacitación a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María. Anexo N° 01.

3.6.3 VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Los instrumentos utilizados fueron validados por los expertos de gestión de la Calidad del ministerio de salud y EsSalud.

3.7 PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos realizados para el desarrollo del trabajo de investigación fueron:

- Se realizó la coordinación con el Director(a) del Hospital I Tingo María-EsSalud, de la Red Asistencial Huánuco.
- Se realizó la coordinación con el responsable de la Unidad de Planeamiento y Calidad del Hospital I Tingo María-EsSalud, de la Red Asistencial Huánuco.
- Se Identificación de la población y muestra en estudio de forma estratificado
- Se aplicó los instrumentos de estudio, antes y después de la intervención previo consentimiento informado (Anexo N° 04, 05,06 y 08).
- Desarrollo de la intervención del sistema de gestión de la calidad para mejorar los servicios de salud (Anexo 01, 02a,2b,2c,2d y 03)
- Se realizó en Proceso de análisis e interpretación de datos.

3.8 ANALISIS DE DATOS

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y las medidas de frecuencia.

En la comprobación de la hipótesis se realizó un análisis bivariada mediante la prueba de T de Student, en todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

3.9 COBERTURA DE LA INVESTIGACIÓN

3.9.1 POBLACIÓN.

A se tuvo una población estimada de 26,221 aseguradas durante el 2016, pero para efectos de la investigación del proyecto se consideró a 5,324 asegurados atendidos en los servicios de emergencia, hospitalización y consultorios externos en el mes de enero y octubre del 2016. Del mismo la población para medir el clima laboral se consideró a 124 trabajadores que se encuentran laborando en las áreas asistenciales y administrativas del Hospital I EsSalud Tingo María.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

a. USUARIOS EXTERNOS

▪ Criterios de Inclusión

- Asegurados que tienen mayor de 18 años de edad
- Asegurados que reciben atención en los servicios de emergencia, hospitalización y consultorios externos a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.
- Asegurados que firman la hoja de consentimiento informado

▪ Criterios de Exclusión

- Asegurados que tienen menos de 18 años de edad
- Asegurados que NO reciben atención en los servicios de emergencia, hospitalización y consultorios externos a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.
- Asegurados que no firman la hoja de consentimiento informado

b. USUARIOS INTERNOS

Criterios de inclusión Usuarios Internos

- Personal de salud médico y no médico que trabaja en las áreas asistenciales y administrativos nivel del Hospital I EsSalud Tingo María
- Estar laborando por lo menos en un periodo mayor a 6 meses continuos
- Firma la hoja de consentimiento informado

Criterios de exclusión usuarios internos

- Personal de salud médico y no médico que NO trabaja en las áreas asistenciales y administrativos nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.
- Estar laborando un periodo menor a 6 meses continuos
- No firma la hoja de consentimiento informado

3.9.2 MUESTRA

a. UNIDAD DE ANÁLISIS

- **Establecimiento de Salud:** Es el establecimiento de salud categorizado y reconocido por el RENAES, según el nivel de complejidad de atención y que pertenece al Seguro Social de Salud-EsSalud.
- **Personal de salud:** Personal médico y no médico que brinda atención en una IPRESS (Instituciones prestadores de servicios de Salud) del seguro social de salud- EsSalud en cualquier nivel de complejidad de atención.
- **Asegurado en EsSalud:** Persona afiliados obligatoriamente todos los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores. También son afiliados a este

seguro los pensionistas que reciben pensión de jubilación, por incapacidad y de sobrevivencia.

b. UNIDAD DE MUESTREO

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

c. MARCO MUESTRAL

El marco muestral está conformado para el presente estudio de investigación por los pacientes atendidos en el Hospital I Tingo María, en los consultorios externos, emergencia y hospitalización, las cuales se encuentren registrados en el Registro Único de Atenciones. Así mismo integraron el marco muestral los trabajadores administrativos y asistenciales quienes se encuentran registrado en la planilla electrónica de la unidad de recursos humanos a nivel del Hospital.

d. TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó con un nivel desconfianza del 95% y un margen de error del 5%. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizará la formula estadística de proporciones para una población finita en la que:

Formula:

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Procedimiento para muestra de usuarios externos

$$n = \frac{5,324 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (5,324-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

n = 358 usuarios externos que reciben atención en los consultorios externos, emergencia y hospitalización a nivel del Hospital I Tingo María EsSalud.

Procedimiento para muestra del personal de salud

$$n = \frac{124 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (124-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

n = 94 integrantes de una población de 124 trabajadores, para la cual se utilizó el mismo tipo de fórmula para la selección de la muestra

e. TIPO DE MUESTREO.

El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico al azar para identificar la muestra de los usuarios externos quien recibe atención de salud en los servicios de emergencia, hospitalización y consulta externa del Hospital I Tingo María EsSalud.

Y para determinar la muestra del personal de salud fue probalístico estratificado por tener una población con

diferentes subgrupos o estratos.

- **Distribución por estratos para los usuarios internos:**

Estrato	Identificación	Nº sujetos en el estrato	Proporción	Muestra del estrato
1	Dirección	35	28.2%	27
2	Administración	9	7.3%	7
3	Unidad de admisión	2	1.6%	2
4	Unidad de planeamiento	3	2.4%	2
5	Servicio médico quirúrgico	31	25.0%	24
6	Servicio ayuda al diagnóstico	44	35.5%	33
	TOTAL	124	100.0%	94

3.9.3 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICO-TEMPORAL Y TEMÁTICA

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en el Hospital I EsSalud Tingo María, ubicado en el distrito de Rupa Rupa, Provincia de Leoncio Prado y departamento de Huánuco.
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue durante el periodo de enero a octubre del 2016.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1.RESULTADOS DESCRIPTIVOS

A. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

Tabla 01:

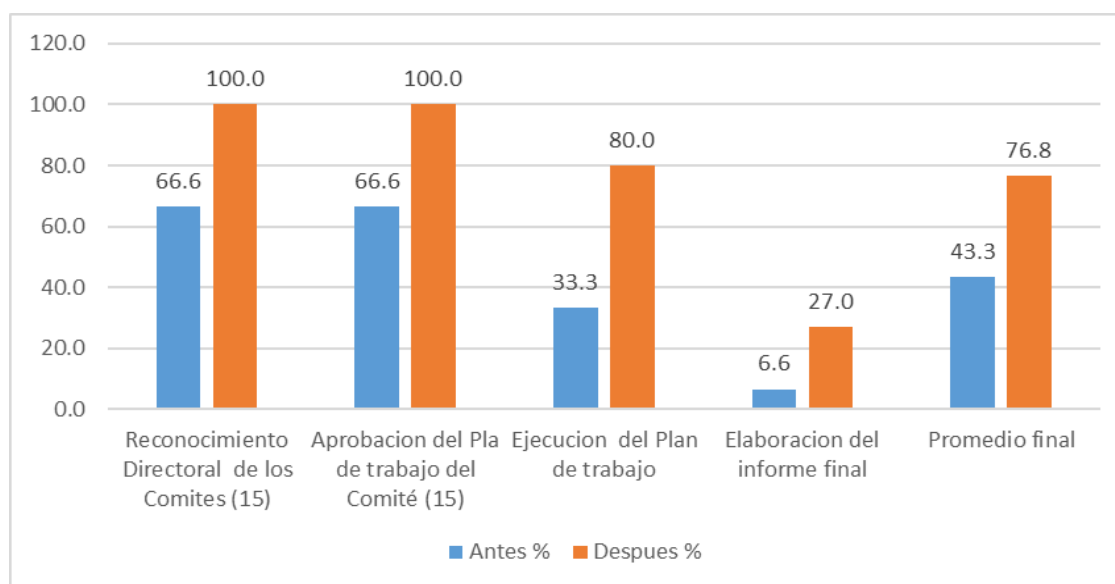
Organización del Comité de Gestión de la Calidad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016

CRITERIOS EVALUADOS ORGANIZACIÓN (META 15)	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Reconocimiento Directoral de los Comités	10	66.6	15	100.0
Aprobación del Pla de trabajo del Comité	10	66.6	15	100.0
Ejecución del Plan de trabajo	5	33.3	12	80.0
Elaboración del informe final	1	6.6	4	27.0
Promedio final		43.3		76.8

Fuente: Guía de Entrevista elaborado por el investigador-Anexo N° 01 (2016)

Grafico N° 01:

Organización del Comité de Gestión de la Calidad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016



Fuente: Guía de Entrevista elaborado por el investigador-Anexo N° 01 (2016)

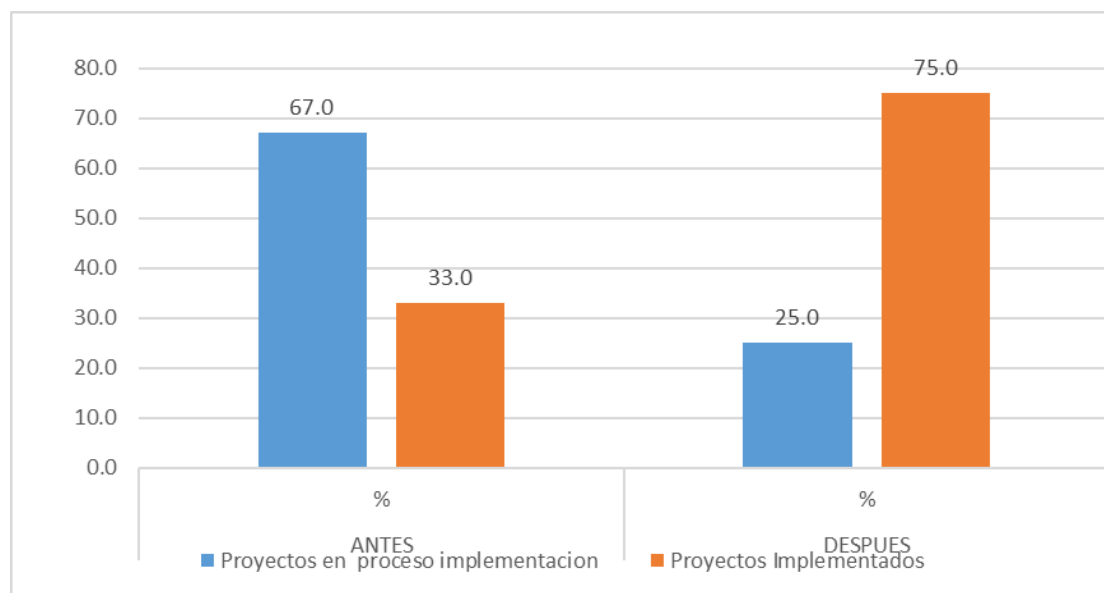
En relación a la organización del comité de gestión de la calidad a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María, en la variable reconocimiento del comité antes solo se reconoció al 66.6 % del total y después se logró reconocer al 100%. En relación a la aprobación del plan del comité antes solo se aprobó al 66.6% del total y después se logró aprobar al 100%. En relación a la ejecución del plan del comité antes solo se ejecutó el 33.3 % del total y después se logró ejecutar al 80%. En relación a la elaboración del informe del plan del comité antes solo se informó al 6.6% del total y después se logró informar al 27%. Resumiendo, tenemos como promedio final que antes de la intervención se alcanzó el 43.3% y después de la intervención el 76.8% relacionado a la organización del comité de gestión de la calidad a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.

Tabla 02.
Implementación de Proyectos de Mejora a Nivel del Hospital I EsSalud
Tingo María - Antes y Después - 2016

PROYECTOS DE MEJORA SEGÚN ESTÁNDAR (4)	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
Proyectos en proceso de Implementación	3	67.0	1	25.0
Proyectos Implementados	1	33.0	3	75.0

Fuente: Guía de Entrevista elaborado por el investigador-Anexo N° 01 (2016)

Grafico N° 02:
Implementación de Proyectos de Mejora Continua de la Calidad a Nivel del
Hospital I EsSalud Tingo María - Antes y Después -2016



Fuente: Guía de Entrevista elaborado por el investigador-Anexo N° 01 (2016)

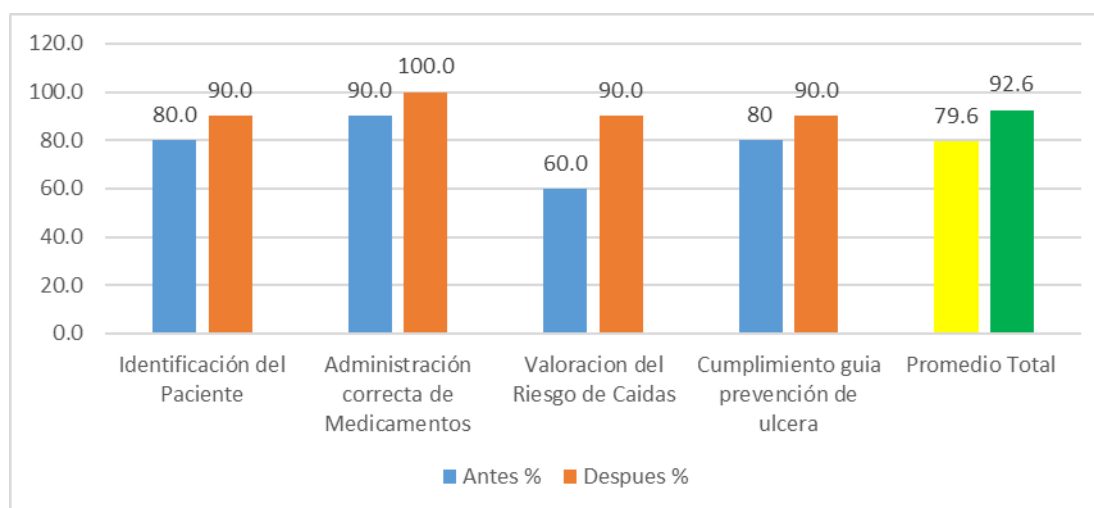
En relación a la implementación de los proyectos de mejora a nivel del Hospital I Tingo María-EsSalud, se tiene proyectos que se encuentran en proceso de implementación un 67% antes de la intervención y después un 25%. Así mismo existen el 25 % de proyectos implementados antes de la intervención y después existe el 75% de proyectos implementados a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.

Tabla N° 03.
Aplicación de Buenas Prácticas de la Atención a Nivel del Hospital I
EsSalud Tingo María - Antes y Después -2016

CRITERIOS EVALUADOS PRÁCTICA SEGURA	ANTES		DESPUÉS	
	N°	%	N°	%
Identificación del Paciente	8	80.0	9	90.0
Administración correcta Medicamentos	9	90.0	10	100.0
Valoración del Riesgo de Caídas	6	60.0	9	90.0
Cumplimiento Guía prevención de ulcera	8	80.0	9	90.0
Promedio final		79.6		92.6

Fuente: Listado para identificar las buenas prácticas de atención Directivas N° 07, 08,09 y 10-GG-ESSALUD-2013. Anexo N° 02-ABCD

Grafico N° 03:
Implementación de Buenas Prácticas de la Atención a Nivel del Hospital I
EsSalud Tingo María - Antes y Después -2016



Fuente: Listado para identificar las buenas prácticas de atención Directivas N° 07, 08,09 y 10-GG-ESSALUD-2013. Anexo N° 02-ABCD

En relación a la implementación de buenas prácticas de la atención a nivel del Hospital I Tingo María-EsSalud, se tiene antes de la intervención del proyecto en los criterios: identificación del paciente se alcanzó el 80%, en la administración correcta de medicamentos el 90%, en la valoración de riesgo de

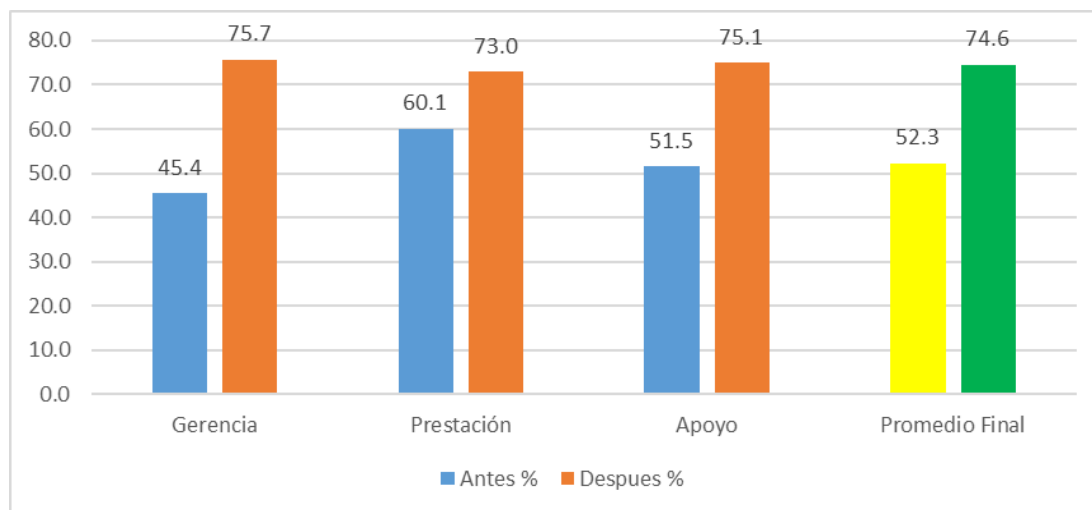
caídas el 60% y en el cumplimiento de guía de prevención de ulcera el 80%. Después de la intervención del proyecto en los criterios: identificación del paciente se alcanzó el 90%, en la administración correcta de medicamentos 100%, en la valoración de riesgo de caídas el 90 % y en el cumplimiento de guía de prevención de ulcera el 90%. Se tiene como promedio final en el antes un 79.6 % y en el después se alcanzó el 92.6 % respectivamente, existiendo mejora significativa en comparación con el año anterior.

Tabla N° 04.
Aplicación de la Autoevaluación en base a Macroprocesos a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016

CRITERIOS AUTOEVALUADAS: (N=341)	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
Gerencia	59	45.4	98	75.7
Prestación	47	60.1	57	73.0
Apoyo	68	51.5	100	75.1
Promedio final	174	52.3	255	74.6

Fuente: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II- 1 y servicios médicos de apoyo Norma Técnica de Salud N° 050 -MINSA/DGSP-V.02, Anexo N° 03 (2015-2016)

GRAFICO N° 04:
Aplicación de la Autoevaluación a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María Antes y Después 2016



Fuente: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II- 1 y servicios médicos de apoyo Norma Técnica de Salud N° 050 -MINSA/DGSP-V.02, Anexo N° 03 (2015-2016)

En relación a la aplicación de la autoevaluación a nivel del Hospital I Tingo María-EsSalud, se tiene antes de la intervención del proyecto en los macro procesos: gerencia se alcanzó el 45.4%, prestación el 60.1%, y apoyo al diagnóstico alcanzo el 51.5%. Después de la intervención del proyecto en los

macro procesos: gerencia se alcanzó el 75.7%, prestación el 73%, y apoyo al diagnóstico alcanzo el 75.1%. Teniendo como promedio final en el antes un 52.3 % y en el después un 74.6 % existiendo diferencia significativa.

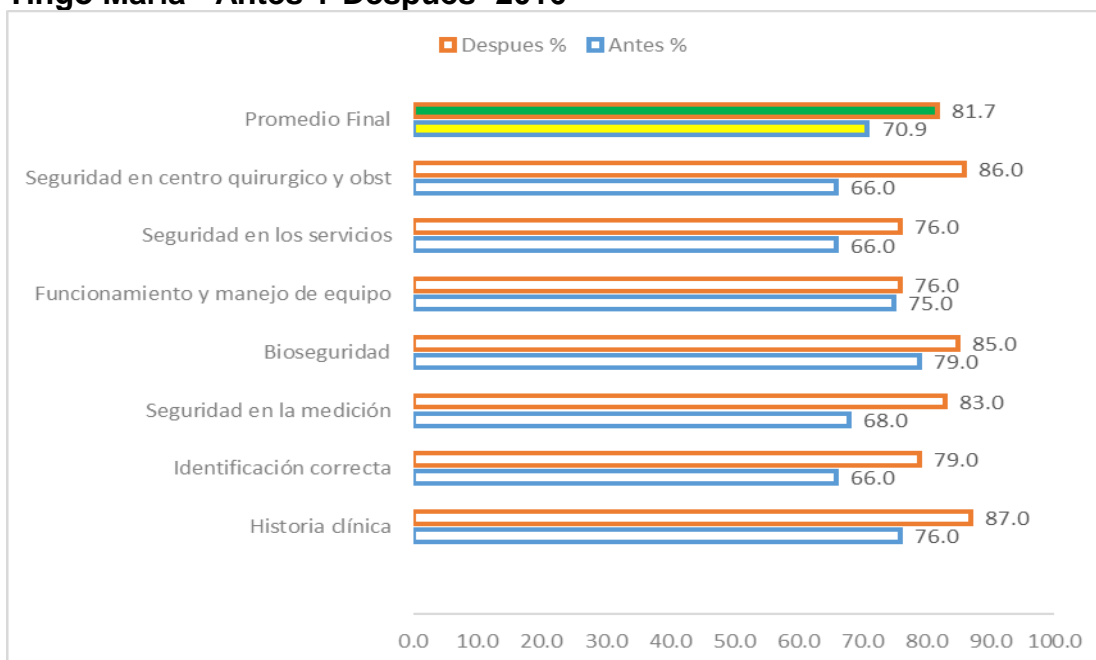
Tabla N° 05.

Aplicación de las Rondas de Seguridad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María - Antes y Después -2016

CRITERIOS EVALUADOS RONDA DE SEGURIDAD	SERVICIO EMERGENCIA		SERVICIO HOSPITALIZACION		CENTRO OBSTETRICO		CENTRO QUIRURGICO		ANTES 2015	DESPUES 2016
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después		
Historia Clínica	53	88	88	76	88	94	76	88	76.0	87.0
Identificación Correcta paciente	38	56	78	100	78	89	71	71	66.0	79.0
Seguridad en la Medición	64	67	64	91	73	73	73	100	68.0	83.0
Bioseguridad	83	67	100	83	50	83	83	100	79.0	85.0
Funcionamient o y Manejo de Equipo	80	100	80	80	80	100	60	60	75.0	76.0
Seguridad en los Servicios	67	73	58	58	57	71	83	100	66.0	76.0
Seguridad en Centro Quirúrgico Y Obstétrico					64	91	69	81	66.0	86.0
Promedio Final									70.9	81.7

FUENTE: Guías para la Aplicación de la Rondas de seguridad Directiva N° 03-DA-PE.ESSALUD-2012. Anexo N° 04-2016.

Grafico N° 05:
Aplicación de las Rondas de Seguridad a Nivel del Hospital I EsSalud
Tingo María - Antes Y Después -2016



FUENTE: Guías para la Aplicación de la Rondas de seguridad Directiva N° 03-DA-PE.ESSALUD-2012. Anexo N° 04-2016

En relación a la aplicación de las rondas de seguridad a Nivel Del Hospital I EsSalud Tingo María, se tiene antes de la intervención del proyecto en los criterios de la ronda de seguridad: historia clínica alcanzó el 76%, identificación correcta el 66%, seguridad en la medicación el 68%, bioseguridad 79%, funcionamiento y mantenimiento de equipos 75%, seguridad en los servicios 66% y seguridad en centro quirúrgico y obstétrico alcanzo el 66%. Después de la intervención del proyecto en los criterios de la ronda de seguridad: historia clínica alcanzó el 76%, identificación correcta 66%, seguridad en la medicación el 68%, bioseguridad 79%, funcionamiento y mantenimiento de equipos 75%, seguridad en los servicios 66 % y seguridad en centro quirúrgico y obstétrico 66%. Teniendo como promedio final en el antes un 70.9 % y en el después un 81.7 % existiendo diferencia significativa

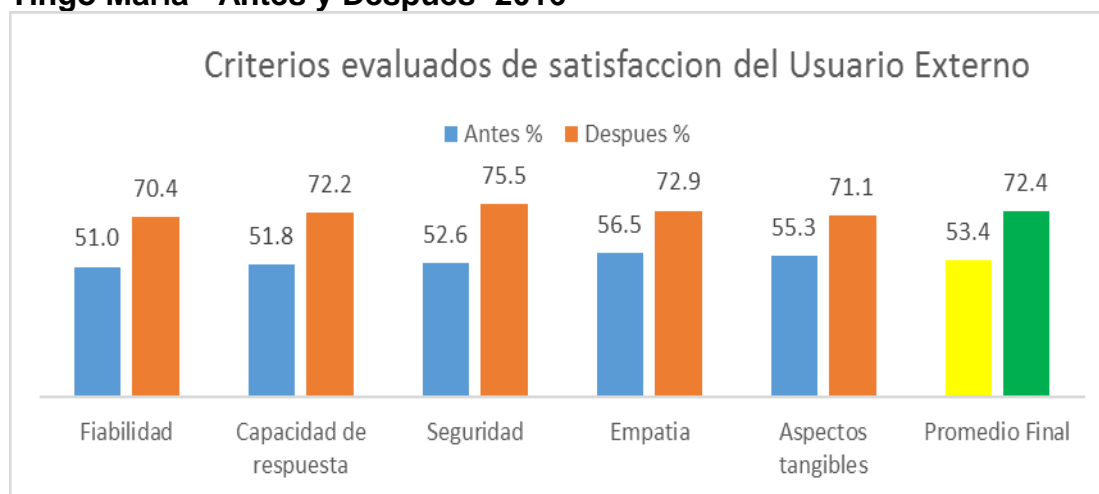
4.2. SERVICIOS DE SALUD

Tabla N° 06.
Satisfacción de los Usuarios Externos a Nivel del Hospital I EsSalud
Tingo María Antes y Después 2016
N=384

CRITERIOS EVALUADOS SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	ANTES	DESPUÉS
	%	%
Fiabilidad	51.0	70.4
Capacidad de respuesta	51.8	72.2
Seguridad	52.6	75.5
Empatía	56.5	72.9
Aspectos tangibles	55.3	71.1
Promedio Final	53.4	72.4

Fuente: Encuesta aplicado al usuario externo según Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA. Anexo N° 04 (2016)

Grafico N° 06:
Satisfacción de los Usuarios Externos a Nivel del Hospital I EsSalud
Tingo María - Antes y Después -2016



Fuente: Encuesta aplicado al usuario externo según Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA. Anexo N° 04 (2016)

En relación a la satisfacción del usuario externo a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María, se tiene antes de la intervención del proyecto en los criterios: fiabilidad 51 %, capacidad de respuesta 51 %, seguridad 52.6, empatía 56.5

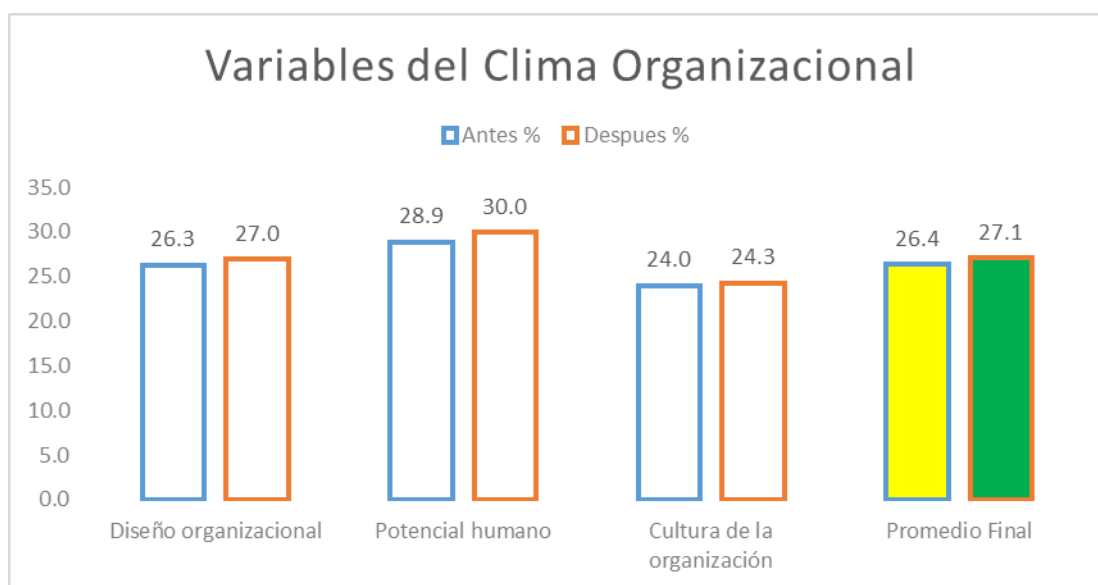
% y aspectos tangibles 55.3 %. Después de la intervención del proyecto en los criterios: fiabilidad 70.4 %, capacidad de respuesta 72.2 %, seguridad 75.5%, empatía 72.9 % y aspectos tangibles 71.1 %. Teniendo como promedio final en el antes un 53.4 % y en el después un 72.4 % existiendo diferencia significativa en relación a la satisfacción del usuario externo a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María.

Tabla N° 07.
Clima Organizacional a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María - Antes
y Después -2016
n=94

VARIABLES CLIMA ORGANIZACIONAL	ANTES	DESPUÉS
	%	%
Diseño organizacional	26.3	27.0
Potencial humano	28.9	30.0
Cultura de la organización	24.0	24.3
Promedio Final	26.4	27.1

Fuente: Aplicativo de la encuesta del Clima Organizacional Minsa-EsSalud-Anexo 05

GRAFICO N° 07. Clima organizacional a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María - Antes y Después -2016



Fuente: Cuestionario para medir el clima organizacional RM N° 623-2008/MINSA .Anexo N° 05. (2016)

En relación al clima organizacional a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María, se tiene antes de la intervención del proyecto en los criterios: diseño organizacional 26.3 %, potencial humano 28.9 % y cultura organizacional 24

%. Después de la intervención del proyecto en los criterios: diseño organizacional 27 %, potencial humano 30 % y cultura organizacional 24.3%. Teniendo como promedio final en el antes un 26.4% y en el después un 27.1% no existiendo diferencia significativa en relación a la satisfacción del usuario externo a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María

4.2 RESULTADOS INFERENCIAL

Tabla N° 08:
Efectividad de la Variable Organización antes y después de la implementación del sistema de gestión de la calidad Hospital I EsSalud Tingo María 2016

ORGANIZACIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO ± DS	p
Antes	6.6	66.6	43.3 ± 29.1	0,008
Después	27.00	100.0	76.8 ± 34.5	

Fuente: Guía de Entrevista elaborado por el investigador-Anexo N° 01 (2016)

Para la variable organización, se consideraron 04 criterios (reconocimiento directoral del comité de gestión de la calidad, aprobación del plan de trabajo, ejecución del plan de trabajo y elaboración del informe) se evidencia mejoramiento en cada uno de ellos entre el antes y el después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, evidenciándose un valor promedio de cobertura de 43,3% antes de la implementación en relación a un 76,8% después de la implementación. Encontrándose diferencia estadísticamente significativa con un valor $p=0,008$; por lo que se asume que la implementación del sistema de gestión de la calidad para la variable organización es efectiva.

Tabla N° 09:
Efectividad de la Variable Proyectos de Mejora Continúa Antes y Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad Hospital I EsSalud Tingo María 2016

PROYECTO DE MEJORA SEGÚN ESTÁNDAR (5)	ANTES	DESPUÉS	P
	%	%	p= 0,000
Implementado	33.0	75.0	
En proceso	67.0	25.0	

Fuente: Guía de Entrevista elaborado por el investigador-Anexo N° 01 (2016)

En relación a la variable proyectos de mejora continua antes y después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, se evidencia un mejoramiento en base a la meta establecida, ya que antes de la aplicación del sistema de gestión de la calidad se logra solamente implementar al 33,0% de los proyectos de mejora continua, mientras que después de la implementación se logra que este porcentaje suba a 76,0% de proyectos de mejora implementados. Encontrándose diferencia estadísticamente significativa con un valor $p= 0,000$; por lo que se asume que la implementación del sistema de gestión de la calidad para la variable proyecto de mejora es efectiva

Tabla N° 10.
Efectividad de la Variable Practicas Seguras Antes y Después de la implementación del sistema de gestión de la calidad a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016

PRACTICA SEGURA	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO ± DS	P
Antes	64	90	79.6 ± 11.2	0,031
Después	86	100	92.6 ± 5.9	

Fuente: Listado para identificar las buenas prácticas de atención Directivas N° 07, 08,09 y 10-GG-ESSALUD-2013. Anexo N° 02-ABCD

Para la variable practicas seguras, las cuales cuenta con 04 criterios relacionados (identificación del paciente, administración correcta de medicamentos, valoración de riesgo de caída y el cumplimiento de la guía de prevención de úlceras), obteniéndose un valor promedio de 79,6% antes de la implementación del sistema de gestión de la calidad en relación a un 92,6% después de la implementación. Encontrándose diferencia estadísticamente significativa con un valor $p= 0,031$; por lo que se asume que la implementación del sistema de gestión de la calidad para la variable practica segura es efectiva

Tabla N° 11.
Efectividad de la Variable Autoevaluación en Base a Macroprocesos
Antes y Después de la implementación del sistema de gestión de la
calidad en el Hospital I EsSalud Tingo María 2016

AUTOEVALUACIÓN	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO	P
Antes	45.4	60.1	52.3 ± 7.4	0,048
Después	73.0	75.7	74.6 ± 1.4	

Fuente: Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud con Categoría II-1 y servicios médicos de apoyo Norma Técnica de Salud N° 050 -MINSA/DGSP-V.02, Anexo N° 03 (2015-2016)

En relación a la variable autoevaluación en base a macroprocesos, en las cuales se ha considerado los criterios (gerencia, prestación y apoyo), se obtuvo valores promedios de 52,3 % y el 74,6 % entre el antes y el después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, evidenciándose mejoramiento en este componente, por lo que se considera a un nivel de significancia del 95% y con un valor $p= 0,04$ que la implementación del sistema de gestión de la calidad para la variable autoevaluación es efectiva.

Tabla N° 12.
Efectividad de la Variable Ronda de Seguridad Antes y Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016

RONDA DE SEGURIDAD	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO ± DS	P
Antes	66	79	70.9 ± 5.6	0,008
Después	76	87	81.7 ± 4.7	

FUENTE: Guías para la Aplicación de la Rondas de seguridad Directiva N° 03-DA-PE.ESSALUD-2012. Anexo N° 04-2016.

En relación a la variable ronda de seguridad, en las cuales se ha considerado siete criterio (registro de la historia clínica, identificación correcta del paciente, seguridad en la medicación, bioseguridad, funcionamiento y manejo de equipos, seguridad en el servicio y seguridad en el centro obstétrico y quirúrgico), en la que se obtuvo valores promedios de 70,9 % en el antes y de 81,7 % después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, evidenciándose mejoramiento en este componente, por lo que se considera un nivel de significancia del 95% y con un valor $p=0,008$ que la implementación del sistema de gestión de la calidad para la variable de la ronda de seguridad es efectiva.

Tabla N° 13.
Efectividad de la Variable Satisfacción del Usuario Externo Antes y Después de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a Nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016

SATISFACCIÓN DEL UE	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO ± DS	P
Antes	51	56.5	53.4 ± 2.4	0,000
Después	70.4	75.5	72.4 ± 2.0	

Fuente: Encuesta aplicado al usuario externo según Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA. Anexo N° 04 (2016)

Para la variable de satisfacción del usuario externo, se ha considerado cinco criterios (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles), en la que se obtuvo valores promedios de 53,4 % en el antes y de 72,4 % después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, evidenciándose mejoramiento en esta variable, por lo que se considera a un nivel de significancia del 95% y con un valor $p= 0,000$ que la implementación del sistema de gestión de la calidad es efectiva en la satisfacción del usuario externo.

Tabla N° 14.
Efectividad de la variable Clima Organizacional Antes y Después de la
implementación del sistema de gestión de la calidad
Hospital I Tingo María EsSalud Tingo María 2016

CLIMA ORGANIZACIONAL	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO ± DS	P
Antes	24.0	28.9	26.4 ± 2.5	0,094
Después	24.3	27.00	27.1 ± 2.9	

Fuente: Apicativo de la encuesta del Clima Organizacional Minsa-EsSalud-Anexo 05

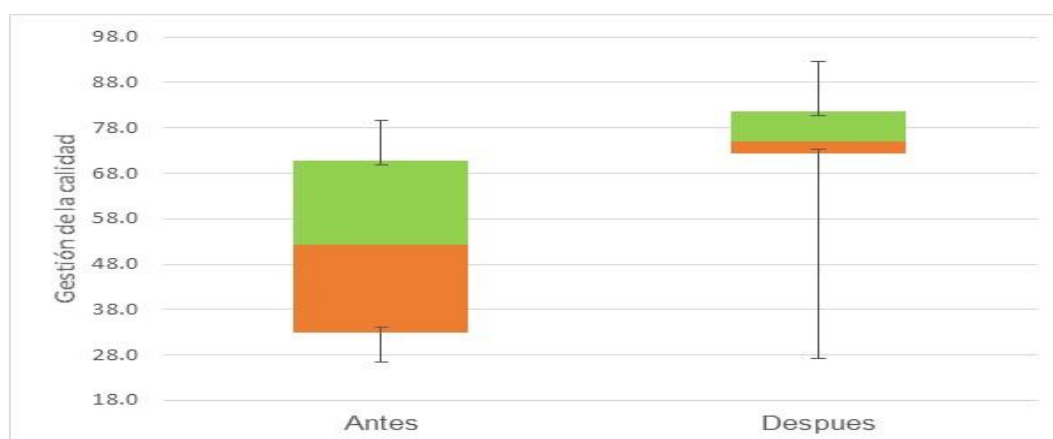
Para la variable clima organizacional, se ha considerado tres criterios (diseño organizacional, potencial humano y cultura de la organización), en la que se obtuvo valores promedios de 26,4 % y 27,1 % entre el antes y el después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, no evidenciándose mejora sustancial en este componente, por lo que se considera a un nivel de significancia del 95% y con un valor $p= 0,094$ que la implementación del sistema de gestión de la calidad para la variable clima organizacional no fue efectiva motivo por lo que la institución debe de tomar acciones asertivas e inmediatas a fin de mejorar el clima organizacional.

Tabla N° 15.
Efectividad General de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad a Nivel de los Servicios de Salud a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María 2016

IMPLEMENTACIÓN SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD	MÍNIMO	MÁXIMO	PROMEDIO ± DS	P
Antes	26.4	79.6	51.3 ± 19.2	0,009
Después	27.10	92.6	71.5 ± 20.7	

Fuente: Diversas herramientas utilizados para la recolección de información 2016.

Grafico N° 08. Diagrama de cajas y bigotes según comparación antes y después de la Implementación del sistema de gestión de la calidad Hospital I EsSalud Tingo María 2016



En relación a la efectividad de la implementación del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud, se evidencia que hubo mejoramiento en los indicadores después de su aplicación, la prueba de t de student permitió encontrar la diferencia estadísticamente significativa con un valor $p=0,009$ lo que nos permite afirmar a un nivel de significancia del 95 % que la implementación del sistema de gestión de la calidad en el Hospital I Tingo María EsSalud fue **Efectiva**

CAPÍTULO V

5. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. VERIFICACION O CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS

Los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación fueron los siguientes:

1. Para la variable organización, se consideraron 04 criterios (Reconocimiento directoral del comité de gestión de la calidad, Aprobación del plan de trabajo, ejecución del plan de trabajo y elaboración del informe) se evidencia mejoramiento en cada uno de ellos entre el Antes y el Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, evidenciándose un valor promedio de cobertura de 43,3% antes de la implementación en relación a un 76,8% Después de la implementación. Encontrándose diferencia estadísticamente significativa con un valor $p= 0,008$; por lo que se asume que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Variable Organización es Efectiva.

En el estudio realizado por: Herrera M. (2008) Diseño de un sistema de Gestión de la Calidad para una Microempresa. - Xalapa, Enríquez, Veracruz, México.²⁶ . De acuerdo al análisis de resultados se concluye que el descenso de ventas que presenta la microempresa comercial refaccionaria Mastermotor, así como las deficiencias en el funcionamiento, se encuentran ligados a factores internos y externos que la impactan negativamente, tales como: utilización de una administración empírica, aumento de la competencia y falta de adaptación al cambio. La administración implementada, y el estilo de dirección del líder es autocrático, mismo que utiliza la experiencia aprendida en el transcurso del tiempo, para tomar decisiones, sin tener una base profesional,

aspecto que se ve reflejado en las deficiencias operacionales de la empresa, específicamente en las etapas de planeación, **organización**, dirección y control.

2. El resultado de la variable proyectos de mejora continua Antes y Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, se evidencia un mejoramiento en base a la meta establecida, ya que antes de la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad se logra solamente implementar al 33,0% de los Proyectos de Mejora Continua, mientras que después de la implementación se logra que este porcentaje suba a 76,0% de proyectos de mejora implementados. Encontrándose diferencia estadísticamente significativa con un valor $p=0,000$; por lo que se asume que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Variable proyecto de mejora es Efectiva

Autor. Aguilar B. (2010) Propuesta para implementar un sistema de gestión de la calidad en la empresa “filtración industrial especializada S.A. DE C.V.” de Xalapa, Veracruz. pág. 51. Como resultado del estudio realizado en la empresa se tienen las bases necesarias para establecer un plan de mejora continua. El diagnóstico realizado muestra las deficiencias que se presentan en la empresa en relación a la calidad que se tiene en la misma. Existen puntos en los que se deben poner un mayor énfasis para lograr un mejoramiento de la calidad y la hipótesis planteada se cumple debido a que se detectaron las áreas de la empresa en las que se deben establecer los planes de mejora continua.

3. El resultado para la Variable Practicas Seguras, las cuales cuenta con 04 criterios relacionados (identificación del paciente, administración correcta de medicamentos, valoración de riesgo de caída y el cumplimiento de la guía de prevención de úlceras), obteniéndose un valor promedio de 79,6 % antes de la

implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en relación a un 92,6 % después de la implementación. Encontrándose diferencia estadísticamente significativa con un valor $p=0,031$; por lo que se asume que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Variable Práctica Segura es efectiva

Según la OMS. 27 La seguridad del paciente es una apertura fundamental de la atención sanitaria. Existe cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso en un proceso de atención clínica brindada. Los efectos adversos muchas veces se relacionan con ciertos errores en la práctica clínica, medicamentos, procedimientos o propios del sistema, de allí la importancia hacia la mejora del desempeño personal, la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales.

El resultado de la Variable Autoevaluación en Base a Macroprocesos, en las cuales se ha considerado los criterios (Gerencia, Prestación y Apoyo), se obtuvo valores promedios de 52,3 % y el 74,6 % entre el Antes y el Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, evidenciándose mejoramiento en este componente, por lo que se considera a un nivel de significancia del 95% y con un valor $p=0,04$ que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Variable Autoevaluación es Efectiva.

La autoevaluación según MINSA (2007) ²⁸ es la fase inicial de evaluación del proceso de acreditación, con el apoyo de evaluadores internos previamente formados que cuentan las instituciones, ellos realizan la evaluación interna en base a los macroprocesos y determinan el nivel de cumplimiento identificando sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

4. El resultado de la Variable Ronda de Seguridad, en las cuales se ha considerado siete criterio (Registro de la Historia Clínica,

Identificación correcta del paciente, Seguridad en la medicación, Bioseguridad, funcionamiento y manejo de equipos, seguridad en el servicio y seguridad en el Centro Obstétrico y quirúrgico), en la que se obtuvo valores promedios de 70,9 % en el Antes y de 81,7 % Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, evidenciándose mejoramiento en este componente, por lo que se considera un nivel de significancia del 95% y con un valor $p= 0,008$ que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Variable de la Ronda de Seguridad es **Efectiva**

Autor. Higueta L., Fortalecimiento de la Adherencia a Barreras de Seguridad a partir del Diseño e Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente en la Clínicas las Vegas, Medellín, Antioquia- 2015,pag.49.²⁹ Por el enfoque educativo (durante la ronda se retroalimenta el personal frente a la seguridad del paciente) y cooperativo (la búsqueda de soluciones se hace de forma conjunta con las personas del servicio) de la ronda, el personal aprende con las múltiples visitas a desmitificar la actividad como elemento punitivo, simple detector de errores o fallas que ocasionen consecuencias disciplinarias, y aprende a verlo como la oportunidad de una mirada externa, crítica, que retroalimenta el servicio y lo apoya en la promoción de mejoras.

5. Para la Variable de Satisfacción del Usuario Externo, se ha considerado cinco criterios (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles), en la que se obtuvo valores promedios de 53,4 % en el Antes y de 72,4 % Después de la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, evidenciándose mejoramiento en esta Variable, por lo que se considera a un nivel de significancia del 95% y con un valor $p=$

0,000 que la Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad es efectiva en la Satisfacción del Usuario Externo.

Autores: Arrascue J. y Segura E., Gestión de Calidad y Su Influencia en la Satisfacción del Cliente en la Clínica de Fertilidad del Norte "Clinifer" Chiclayo-2015, Pag. 115.³⁰ De acuerdo a los datos obtenidos de las variables estudiadas y contrastados con las teorías correspondientes de cada dimensión, se ha conseguido que si existe relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del cliente en la Clínica de Fertilidad Clinifer, por tanto se acepta la hipótesis de trabajo (H1) y rechazamos la hipótesis nula (Ho).

6. Para la Variable Clima Organizacional, se ha considerado tres criterios (diseño organizacional, potencial humano y cultura de la organización), en la que se obtuvo valores promedios de 26,4 % y 27,1 % entre el Antes y el Después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, no evidenciándose mejora sustancial en este componente, por lo que se considera a un nivel de significancia del 95% y con un valor $p= 0,094$ que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad para la Variable Clima Organizacional No fue efectiva motivo por lo que la institución debe de tomar acciones asertivas e inmediatas a fin de mejorar el clima organizacional.

John J. Marín G. Clima Organizacional y el Sistema de Calidad. Socio- Consultor NEO.³¹

Un clima organizacional favorable es esencial para el éxito en la implementación de un sistema de calidad. Un clima organizacional no saludable imposibilita la implementación de un sistema de calidad quedando ésta solo en formatos foliados y archivados.

7. En relación a la comparación entre el antes y después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, se evidencia que hubo mejoramiento en los indicadores después de su

aplicación, la prueba de T de Student permitió encontrar la diferencia estadísticamente significativa con un valor $p= 0,009$ lo que nos permite afirmar a un nivel de significancia del 95% que la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital I Tingo María EsSalud fue efectiva.

Según la Secretaría de Salud de México-**Modelo de Gestión de Calidad En Salud**-2016. Pag. 12.³² Contribuir a asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, mediante el impulso a la consolidación de la calidad en los establecimientos del Sector Salud. Impulsar la implementación de un sistema de gestión de calidad en los establecimientos de atención médica, servicios auxiliares de diagnóstico, áreas administrativas y de calidad, así como otras organizaciones de salud, basado en la mejora continua de procesos estratégicos y de apoyo, enfocados a la mejora de la calidad de la atención a la persona y por ende, a la población. Promover la auto evaluación y evaluación externa de la calidad de los establecimientos de salud, para identificar áreas sólidas y de oportunidades de mejora. Mejorar la calidad de los servicios para atender las necesidades y expectativas en salud de la población.

5.2. NUEVOS PLANTEAMIENTOS

Nuestro planteamiento es continuar con el estudio de seguimiento (nivel cuasiexperimental) sobre las demás intervenciones del sistema de gestión de la calidad con la finalidad de mejorar los servicios de salud desde un enfoque integral, las cuales son:

- Auditoria de la calidad en salud
- Verificación de la Cirugía segura
- Gestión de incidentes y eventos adversos
- Seguridad del paciente

Estas intervenciones son claves para la mejora sostenible del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud ya sean públicos o privados.

5.3. FUNDAMENTOS DEL NUEVO APOORTE

En lo científico podemos decir, que el sistema de gestión de la calidad implementada de forma organizada, planificada, ejecutada, monitoreada y supervisada permite mejorar los servicios de salud de forma oportuna y efectiva, la cual se demostró en la investigación realizada a nivel del Hospital I EsSalud Tingo María, durante el año 2016.

Según J.M, Juran. Consiste en que la administración por la calidad radica en 03 procesos orientados a lograr la calidad: 1) Planeación de la calidad 2) Control de la calidad y 3) Mejoramiento de la calidad.

W. Edwards Deming “Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará”.

Kaoru Ishikawa “calidad significa calidad del producto. Más específico, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc.”

Asimismo, los estudios consultados a nivel nacional y el mundo relacionados con la temática abordada al igual que en esta investigación demostraron hallazgos estadísticamente significativos tras la aplicación de programas o intervenciones para mejorar el sistema de gestión de la calidad, como por ejemplo el estudio realizado por: Herrera M. (2008). Xalapa, Enríquez, Veracruz, México. De acuerdo al análisis de resultados concluye que el descenso de ventas que presenta la microempresa comercial Mastermotor, así

como las deficiencias en el funcionamiento, se encuentran ligados a factores internos y externos que la impactan negativamente, tales como: utilización de una administración empírica, aumento de la competencia y falta de adaptación al cambio.

Así mismo el estudio realizado por Ugaz A. (06- 2012) Propuesta de Diseño e Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma Iso 9001:2008, Aplicado a una empresa de fabricación de lejas-UPCP. Concluye: el implementar un Sistema de Gestión de Calidad mejora la imagen corporativa de la empresa y fortalece los vínculos de confianza y fidelidad de los clientes con la organización. 2. El manual de calidad confeccionado sirve como guía que orienta a los trabajadores de la empresa sobre los pasos a seguir en las etapas del proceso de tal manera que al final cumpla todos los estándares de calidad solicitados por el cliente. 3. La creación de una nueva perspectiva del negocio bajo una política de calidad, permite a la empresa analizar periódicamente sus actividades y realizar una toma de decisiones. 4. El establecimiento y estandarización de los procesos de trabajo a través de procedimientos bajo el enfoque de mejora continua, asegura y mejora la satisfacción de los clientes internos y externos. 5. Los procesos claves organizados y estandarizados se traduce en incremento del ritmo de producción, disminuyendo el tiempo de las operaciones, permitiendo a la empresa atender a una mayor demanda de productos. 6. El control del producto no conforme, el seguimiento de las no conformidades, así como la implementación de acciones correctivas/preventivas y oportunidades de mejora, se ven reflejados en la disminución del porcentaje de mermas en los procesos. 7. El menor tiempo de ciclo del producto por un mejor seguimiento y control de los procesos, permitirán la reducción de costos en el consumo de materia prima, materiales, insumos y mano de obra.

Existen beneficios de la aplicación del sistema de gestión de la calidad, según el principio de Crosby, el proceso de mejoramiento de calidad debe partir de un comportamiento de la alta dirección, y de una filosofía de la que todas las personas de la organización comprendan sus propósitos. Esto trae como consecuencia que los miembros de la organización estén de acuerdo con mejorar su actuación dentro de la empresa y para lograr este cambio, Crosby se basa en cuatro principios³³ 1. "Calidad se define como cumplir con los requisitos".2. "El sistema de calidad es la prevención".3. "El estándar de realización es cero defectos".4. "La medida de la calidad es el precio del cumplimiento".

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

1. Dentro del sistema de Gestión de la Calidad la Variable Organización es efectivo cuando exista el reconocimiento directoral al comité, elaboran y ejecutan el plan de trabajo según las metas programadas y concluyen con un informe final de todas las actividades realizadas.
2. Los proyectos de mejora continua de la calidad generan resultados positivos y sostenibles cuando se implementan de forma oportuna y organizada.
3. La Implementación de las Practicas Seguras, considerando la identificación del paciente, la administración correcta de medicamentos, la valoración de riesgo de caída y el cumplimiento de la guía de prevención de úlceras es muy significativo para el sistema de gestión de la calidad.
4. La realización de la Autoevaluación en Base a Macroprocesos a nivel del Hospital Tingo María, resulta efectiva cuando se supera el 74.6 % de su implementación.
5. La realización de las Rondas de Seguridad, mediante la aplicación los criterios (registro de la historia clínica, Identificación correcta del paciente, Seguridad en la medicación, cumplimiento de Bioseguridad, funcionamiento y manejo de equipos, seguridad en el servicio y la seguridad en el Centro Obstétrico y quirúrgico, alcanzo el 81,7 % después de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad la cual fue efectivo en mejorar los servicios de salud.
6. La satisfacción del usuario externo después de la implementación del sistema de gestión de la calidad alcanzo el 72.4 %, incrementándose un 19 % de satisfacción.

7. La medición del Clima Organizacional, alcanzo en 27.1 % después de la implementación del sistema de gestión de la calidad, los criterios fueron diseño organizacional, potencial humano y cultura organizacional, la cual no fue significativo en mejorar los servicios de salud.
8. El sistema de gestión de la calidad implementado en el Hospital I EsSalud Tingo María fue efectiva en mejorar los servicios de salud durante el 2016.

6.2. RECOMENDACIONES

1. El Director o Gerente de un Hospital antes de iniciar una gestión, en primer lugar debe Organizarse con la conformación de un equipo técnico con experiencia y reconocerle mediante una resolución para crear mayor compromiso e involucramiento permanente.
2. La inclusión en los comités de gestión de la calidad de los jefes de servicio, coordinadores y personal especializado permitirá identificar las debilidades y las oportunidades de mejora de forma sostenible e integral.
3. La forma de mejorar los procesos de atención de salud es mediante el diseño y la ejecución permanente de los proyectos de mejora continua, por el personal de salud operativo quienes identifican el problema de forma oportuna y generan cambios efectivos.
4. Implementar de forma sostenible las Practicas Seguras a nivel de los servicios críticos y no críticos, con la finalidad de identificar al paciente desde el inicio y todo el proceso de atención, así mismo la seguridad en la administración de medicamentos, la prevención de las caídas y la reducción de las úlceras por presión intrahospitalarios.
5. Es obligatorio que todos los establecimientos de salud y/o IPRESS Públicos y privados cumplen con la realización de la autoevaluación en base a los macro procesos de forma anual, según cumplimiento de la Resolución de gerencia central N° 127-GG-ESSALUD 2016, la cual permitirá obtener un diagnóstico integral de un establecimiento de salud en los diferentes niveles de atención públicos y privados.
6. Es recomendable realizar las Rondas de Seguridad de forma mensual, con la finalidad de identificar el registro de la historia clínica de forma completa, la Identificación correcta del paciente, la seguridad en la medicación, el cumplimiento de Bioseguridad, el funcionamiento y

manejo de equipos y garantizar la seguridad en los servicios (Hospitalización, emergencia, centro obstétrico y centro quirúrgico).

7. Es necesario conocer la expectativa y percepción de los usuarios externos, la cual nos permitirá evaluar la efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016
8. Realizar la medición del Clima Organizacional de forma semestral, con la finalidad de conocer el diseño organizacional, el potencial humano y la cultura organizacional de la institución, la cual es clave para mejorar los indicadores de procesos, resultados e impacto en una organización.
9. El Director o Gerente de un Hospital debe dirigir una institución aplicando un liderazgo democrático, técnico y participativo, para poder planificar, implementar, controlar y evaluar resultados de forma permanente de todo el proceso de atención.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

¹ Saturno, P. (2012). Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad. México, National Institute of Public Health. Pag. 131, 225-238.

² Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente - EsSalud. (2014). Plan Anual de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del Seguro Social de Salud EsSalud 2013-2014. Lima/ Perú. pág. 2, 3

³ Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. (2016). Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud – EsSalud 2016. Lima /Perú Gerencia de Seguridad del Paciente y Humanización de la Atención, 1, 3.

⁴ Barrios, F. (2008). Programa de Calidad de servicio en EsSalud, política y Sistema integral de Gestión. Lima/ Perú/ Defensoría del Asegurado, 1, 10.19

⁵ Herrera, M. (2008) Diseño de un sistema de Gestión de la Calidad para una Microempresa. - Xalapa, Veracruz, México. Recuperado de <https://www.uv.mx/gestion/files/2013/01/MIRIAM-HERRERA-MENDOZA.pdf>

⁶ Saboya, I. (2005). Gestión de servicios Hospitalarios Públicos: estudio comparativo entre Hospitales de la Región Noroeste de Brasil y Cataluña. Universidad de Barcelona. Recuperado http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/35385/1/01.ISC_TESIS.pdf

⁷ Hernando E. (2006). Estrategia para el análisis de SIC que asistan modelos de Gestión de la calidad. CENDEX .Colombia.

⁸ Espinoza, L., Huerta, K., Pantoja, J., Velásquez, W., Cubas, D., Ramos, A., (2010) Título: *El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud. Huacho-Lima Perú: ©2011 All rights reserved. Recuperado DOI: <http://dx.doi.org/10.21503/CienciayDesarrollo.2011.v13.05>*

⁹ Ugaz A. (2012) *Propuesta de Diseño e Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad Basado en la Norma Iso 9001:2008 Aplicado a una empresa de fabricación de lejas-Lima Perú: PUCP. Recuperado http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1424/UGAZ_FLORES_LUIS_ISO_9001_2008.pdf*

¹⁰ Podestá, L. (2012). *Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital EsSalud Vitarte. Lima-Peru: UNMSM. Recuperado http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3161/Podesta_gl.pdf?sequence=1*

¹¹ Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. (2016). Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud –Lima -EsSalud 2016.

¹² Dirección Gestión de La Calidad. (2012). Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Lima -Perú: Ministerio Salud.

¹³ Dirección de Gestión de la Calidad (2015). Definiciones. Norma Técnica de Auditoría de la Calidad (P.9). Lima-Perú. MINSA.

¹⁴ Defensoría Asegurado. (08-2012).Directiva de Implementación de Rondas de Seguridad en los Centros Asistenciales del Seguro Social (P. 07). Lima-Perú: EsSalud.

¹⁵ Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. (2016). Plan de Gestión de la Calidad (P.14). Lima-Perú: EsSalud.

¹⁶ Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. (2016). Conceptos de Referencia. Plan de Gestión De La Calidad (P.13). Lima-Perú: EsSalud.

¹⁷ Defensoría del Asegurado. (2011). Terminología. Norma para Implementar el Sistema de Registro, Notificación, Procesamiento y Análisis de los Incidentes y Eventos Adversos, (P.07). Lima-Perú: EsSalud.

¹⁸ Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. (2016). Conceptos de Referencia. Plan de Gestión De La Calidad (P.15). Lima-Perú: EsSalud.

¹⁹ Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. (2016). Conceptos de Referencia. Plan de Gestión De La Calidad (P.14). Lima-Perú: EsSalud.

²⁰ Andía, C., Pineda, A., Sottec, V., Ramiro, J., Molina, M., Romero, Z. (2002). Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del Hospital I Espinar.-UNSAAC.

²¹ Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación. (2002). Guía para la Autoevaluación de la Calidad (p.11). Lima-Perú: Ministerio de Salud. de
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/documentos/decs/03%20-%20Autoevaluacion.pdf>

²² Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización. (2016). Plan de Gestión de la Calidad (P.3, 4, 6, 7, 15, 16,17). Lima-Perú: EsSalud.

²³ Juran, J., (1964) La filosofía de la Calidad. EEUU, Recogido <https://adrian-osorio-herramientas-calidad.weebly.com/uploads/3/9/7/4/39745228/juran-crosby.pdf>

²⁴ Camisón, C., Cruz, S., y González, T., (2006) Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Madrid, Pág. 80, PEARSON EDUCACIÓN, S. A.

²⁵ Camisón, C., Cruz, S., y González, T., (2006) Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Madrid, 2006- Páginas: 78.79. PEARSON EDUCACIÓN, S. A.

²⁶ Herrera M. (2008). Diseño de un sistema de Gestión de la Calidad para una Microempresa. México. Pag. 38

²⁷ OMS. Seguridad del paciente. Recuperado el 02-09-2018 http://www.who.int/topics/patient_safety/es.

²⁸ Dirección General de la Salud de las Personas. (2007) Acreditación de Establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Lima-Perú- pag. 15. MINSA.

²⁹ Higueta, L., (2015). Fortalecimiento de la Adherencia a Barreras de Seguridad a Partir del Diseño e Implementación de Rondas de Seguridad del Paciente en la Clínicas las Vegas. Medellín, pag.49. Recuperado 02/08/2019. http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4245/1/Fortalecimiento_Barreras_Seguridad.pdf

³⁰ Arrascue, J. Segura, E., (2015). Gestión de Calidad y Su Influencia en la Satisfacción del Cliente en la Clínica de Fertilidad del Norte "Clinifer" Chiclayo. Pag. 115

³¹ John, J., Marín, G., (2009) Clima Organizacional y el Sistema de Calidad. Socio- Consultor NEO Consultoría Ltda. Recuperado 02-09-2018. <http://climaorganizacionalneo.blogspot.com/2009/04/clima-organizacional-y-el-sistema-de.html>

³² Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2016). Modelo de Gestión de Calidad en Salud. Mexico. Pag.12.

³³ <https://www.gestiopolis.com/calidad-concepto-y-filosofias-deming-juran-ishikawa-y-crosby/#concepto-de-calidad>

ANEXO

ANEXO Nº 01
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD
GUIA DE ENTREVISTA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I Tingo María- EsSalud- Tingo María 2016”

INSTRUCCIONES:

Estimado Sr. (a) A continuación a Ud. se le realizara algunas preguntas relacionado a la efectividad del sistema de gestión de la calidad nivel de los servicios de salud en el Hospital I Tingo María en el periodo 2017.

GRACIAS.

A. DATOS GENERALES:

- Evaluador:.....
- Nombre del IPRESS:.....
- Fecha:.....
- Lugar:.....

B. DATOS DE ORGANIZACIÓN:

1. El comité se encuentra Reconocimiento mediante una resolución
Directoral (si) (no)
2. El comité elaboro el Plan de trabajo y fue aprobado mediante una
resolución Directoral (si) (no)
3. El comité ejecuto el Plan de trabajo de acuerdo al cronograma
programado(si) (no)
4. El comité realizo el informe final de la ejecución del plan de trabajo(si)
(no)

C. DATOS DE PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

1. El comité de gestión de la calidad diseño proyectos de mejora continua y en la actualidad se encuentra en proceso de implementación (si) (no)
2. El comité de gestión de la calidad diseño proyectos de mejora continua y en la actualidad se encuentra implementado (si) (no)

D. DATOS DE INFRAESTRUCTURA

El Hospital I Tingo María cuenta con:

1. Infraestructura propia si () no ()
2. Infraestructura alquilada si () no ()
3. La infraestructura cumple con los criterios establecidos por el ministerio de salud según su categoría si () no ()

E. DATOS DE EQUIPAMIENTO

1. El Hospital cuenta con suficiente equipos biomédicos operativos de acuerdo a la categoría de II-1 si () no ()
2. El Hospital cuenta con suficiente con mobiliarios operativos de acuerdo a la categoría de II-1 si () no ()
3. El Hospital cuenta con suficientes equipos complementarios operativos de acuerdo a la categoría de II-1 si () no ()

F. DATOS DE CAPACITACION

1. El Hospital cuenta con personal de salud capacitado:
 1. Capacitado hace 1 año si () no ()
 2. Capacitado mayor a 2 años si () no ()
 3. Capacitado mayor a 3 años si () no ()
 4. Capacitado mayor a 5 años si () no ()

Se le agradece su tiempo y su respuesta.

ANEXO 13
LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO DE LOS 5 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Red Asistencial: Centro Asistencial:
Servicio - Especialidad: Fecha:

N°	NOMBRE Y/O CODIGO PROFESIONAL	LOS 5 "CORRECTOS"										BIOSEGURIDAD				% DE CUMPLIMIENTO (B + 100%)	
		PACIENTE CORRECTO		MEDICAMENTO CORRECTO		DOSS CORRECTA		VIA CORRECTA		HORA CORRECTA		LAVADO DE MANOS		SEGREGACIÓN ADECUADA		B	N°
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

Punto de Adscripción de los Instrumentos de Supervisión de los Departamentos de Enfermería del Hospital Ramón Fariña Prieto de la Red Asistencial Junín y Hospital Almaraz Apurímac Alcaná de la Red Asistencial Lambayeque, Velados en Taller de Directivas de Prácticas Seguras para el Cuidado del Paciente (11 y 12 de Octubre 2012)

RESULTADO:

80 - 100% de los requisitos	Se cumple la norma establecida
< 75% de los requisitos	No se cumple la norma establecida

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

Seguro Social de Salud - EsSalud
Implementando prácticas seguras



ANEXO 15

LISTA DE CHEQUEO "CUMPLIMIENTO PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES "

Red Asistencial:
Centro Asistencial:

Servicio:

N°	ASPECTOS A OBSERVAR	PAC. 1		PAC. 2		PAC. 3		PAC. 4		PAC. 5		PAC. 6		PAC. 7		PAC. 8		PAC. 9		PAC. 10		OBSERVACIONES / EVIDENCIAS
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	El paciente porta pulsera de identificación																					
	La pulsera cuenta con registro de: nombre, dos apellidos, DNI, (pac. servicios de hospitalización)																					
2	La pulsera cuenta con registro de: nombre, dos apellidos, DNI, fecha y hora de ingreso (pac. servicios de emergencia)																					
	La pulsera cuenta con registro de: nombre, dos apellidos, DNI, fecha y hora de nacimiento (RN servicios de neonatología)																					
3	Consignación de datos legible (letra imprenta)																					
4	Los datos de la pulsera coinciden con la información otorgada por el paciente, familiar y/o acompañante)																					
5	Se verifica registro de procedimiento en la historia clínica (nota de ingreso)																					

N° mínimo de pasos observados 5

% de Cumplimiento		(5 = 100%)
Optimo	: 100%	
Aceptable	: 90%	
Crítico	: < de 90%	

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

ANEXO 22

LISTA DE CHEQUEO "CUMPLIMIENTO DE GUÍA DE CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN"

Red Assistant:
Centro Assistencial:

Servicio:

[illegible]

Referencia: Administración A.P.S. de Vigilancia y Control Médico - Perú

[illegible]

Optimo : 100%

Accepted: 90%

Critério	% de 90%
----------	----------

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

Seguro Social de Salud - EsSalud
Implementando prácticas seguras

ANEXO 28

LISTA DE CHEQUEO "CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN IMPLEMENTADAS EN PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDAS"

Red Asistencial:
Centro Asistencial:

Servicio:

N°	ASPECTOS A OBSERVAR	PAC. 1		PAC. 2		PAC. 3		PAC. 4		PAC. 5		PAC. 6		PAC. 7		PAC. 8		OBSERVACIONES / EVIDENCIAS
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Se aplicó Escala para Valorar Riesgo de Caídas																	
2	Cama o camilla con barandas arriba																	
3	Cama o camilla con frenos activados																	
4	Salas con timbres operativos y al alcance del paciente																	
5	Sujeción de acuerdo a protocolo																	
6	Objetos personales del paciente a su alcance																	
7	Deambulación asistida																	
8	Acompañamiento de familiar o tutor																	
9	Traslado de pacientes, de acuerdo a protocolo.																	
10	Atención prioritaria al llamado del paciente																	
11	Deambulación del paciente con cabado firme y apropiado																	
12	Vigilancia programada y permanente de los paciente																	

Referencia: Protocolo de Caídas Hospital Unvers - Chile

% de Cumplimiento		(12 = 100%)
Optimo	: 100%	
Adecuado	: 90%	
Crítico	: < de 90%	

Firma del Profesional responsable del Proceso de Supervisión

Seguro Social de Salud - EsSalud
Implementando prácticas seguras



ANEXO N° 03

LISTADO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON CATEGORÍA II-1 Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO

Macroproceso 1: Direccionamiento (DIR)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización despliega con eficacia los planes estratégico, operativo y de contingencia contribuyendo al desarrollo armónico de los servicios que la componen y al mejoramiento continuo, con la finalidad de brindar mejores servicios a los pacientes según prioridades sanitarias identificadas

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DIR-1	El establecimiento de salud define y comunica su plan estratégico, operativo y de contingencia; y éstos están orientados a resolver los problemas relacionados con la salud de la población.	Disponibilidad Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DH, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 511-2005/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en Pediatría R.M. N° 516-2005/MINSA, que aprueba las Guías de Práctica Clínica en Emergencia en el Adulto R.M. N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud	DIR1-1	El establecimiento ha formulado participativamente y difundido su plan estratégico (misión, visión, políticas institucionales, objetivos y metas). (0: Ha definido y no ha comunicado; 1: Ha definido y comunica con material visible; 2: Definido, comunica con material visible, y el personal conoce e identifica compromisos)
				DIR1-2	La Dirección del establecimiento de salud asegura que las unidades de atención/servicios/departamentos formulen, implementen y evalúen actividades concordantes con el plan operativo institucional. (0: No promueve; 1: Promueve pero no logra; 2: Promueve, logra y participa en la evaluación)
				DIR1-3	Los planes estratégico, operativo y de contingencia se elaboran, conservan y actualizan según un procedimiento documentado. (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)
				DIR1-4	Se han identificado las principales necesidades de salud de los usuarios del establecimiento por etapas de vida. (0: No ha determinado/no conoce; 1: Sólo conoce de algunas etapas de vida que atiende; 2: Tiene identificadas para todas las etapas de vida que atiende)
				DIR1-5	El establecimiento ha formulado el análisis de la situación de salud con la participación de las autoridades regionales/locales para definir el direccionamiento de la atención sanitaria y el desarrollo de sus servicios. (0: No ha participado; 1: Participa pero no continuamente; 2: Participa continuamente y consta en actas)
				DIR1-6	Los resultados de las mediciones de las funciones obstétricas neonatales realizadas en los últimos dos semestre están dentro de los niveles esperados para el establecimiento de salud. (0: Todas las mediciones están por debajo de lo esperado; 1: Algunas mediciones están en el nivel esperado; 2: Todas las mediciones del período están en los niveles esperados)

Macroproceso 2: Gestión de Recursos Humanos (GRH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GRH-1	El establecimiento de salud está organizado para seleccionar e incorporar recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.	Disponibilidad Eficacia	D. Leg. N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH1-1	El establecimiento de salud cumple con los procedimientos de incorporación del recurso humano y se orienta a cubrir las competencias requeridas en el manual de organización y funciones. (0: No ha definido para ninguna modalidad; 1: Ha definido para algunas; 2: Define para todas las modalidades de contratación)
				GRH1-2	El establecimiento de salud tiene definido el procedimiento de inducción del personal y se cumple con todos los trabajadores nuevos. (0: No cumple; 1: Cumple, pero no siempre está sustentado en los objetivos institucionales; 2: Cumple y está sustentado en los objetivos institucionales)
				GRH1-3	El establecimiento de salud ha definido formalmente las funciones de todos los trabajadores y lo comunica de acuerdo al cargo que ocupa. (0: No ha definido; 1: Define pero no cumple al 100%; 2: Define y cumple al 100%)
				GRH1-4	Las jefaturas de servicios/ departamentos/ áreas/ unidades analizan los resultados de productividad individual de acuerdo a los estándares establecidos por la autoridad del establecimiento. (0: No ha definido; 1: Define, pero no para todos los puestos de trabajo, y no comunica; 2: Define para todos los puestos de trabajo y comunica formalmente)
GRH-2	El(los) equipo(s) del establecimiento de salud participan en las decisiones y análisis de la situación institucional.	Trabajo en equipo Transparencia Eficacia	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GRH2-1	Los trabajadores de salud se organizan en equipos multidisciplinarios, por servicios, unidades o procesos, para reunirse periódicamente y realizar una reflexión de su práctica relacionada con la situación institucional. (0: No ejecuta; 1: Ejecuta en forma esporádica; 2: Realiza reuniones de decisión con equipo de gestión según plan)
				GRH2-2	Los equipos de trabajo del establecimiento de salud identifican problemas, proponen soluciones y participan en las decisiones para mejorar el desempeño de los recursos humanos. (0: No ejecuta; 1: Ejecuta pero no sistemáticamente; 2: Ejecuta sistemáticamente)

Macroproceso 3: Gestión de la calidad (GCA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización implementa prácticas de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GCA-1	El establecimiento de salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.	Eficacia Trabajo en equipo	D. S. Nº 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo R.M. Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GCA1-1	El establecimiento cuenta con un responsable de la calidad formalmente designado y capacitado para cumplir sus funciones. (0: No se cuenta; 1: Cuenta pero no está capacitado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-2	Los diversos servicios o unidades funcionales cuentan con personal capacitado para realizar procesos de mejoramiento continuo de la calidad. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no están activos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-3	El establecimiento cuenta con equipos de mejoramiento continuo de la calidad constituidos y cumplen actividades según planificación. (0: No cuenta; 1: Personal que ejecuta estos procesos no está entrenado; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-4	El establecimiento tiene procedimientos documentados de los procesos asistenciales y administrativos priorizados con la finalidad de realizar un seguimiento continuo y establecer ciclos de mejora continua de la calidad. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero sólo asistenciales o administrativos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GCA1-5	Existe un programa de gestión o mejora de la calidad para la organización que responde a las necesidades de usuarios internos y externos. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero orientado sólo a usuarios externos o internos; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención (MRA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento realiza acciones para controlar infecciones, eventos adversos, desechos de residuos sólidos y la salud ocupacional del personal que realiza procedimientos a pacientes con la finalidad de minimizar los riesgos de que ambos (pacientes y personal) adquieran nuevas afecciones)

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRA-1	El establecimiento promueve una cultura de gestión de riesgos y logra resultados en la salud.	Disponibilidad Eficacia Seguridad	R.M. N° 597-2006/MINSA que aprueba la N.T. N° 022-MINSA/DGSP-V.02, "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008	MRA1-1	El establecimiento de salud ha definido responsables por servicios/áreas para el manejo de los riesgos de la atención, realiza acciones y las documenta. (0: No tiene definido; 1: Tiene definido pero no está operativo; 2: Está operativo y documenta sus acciones)
				MRA1-10	Se cuenta con un documento firmado por el paciente o por aquel llamado legalmente a hacerlo, cuando decide no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta pero no es operativo; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-11	Se implementa una metodología para evaluar el conocimiento del usuario interno sobre el manejo de los riesgos de la atención en la organización. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no se mide periódicamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-2	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica operativa de acuerdo con normas vigentes. (0: No cumple; 1: Cuenta, aunque no siempre está operativa; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-3	El establecimiento de salud realiza reuniones de análisis de la gestión de riesgos de los procesos de atención y propone mecanismos para disminuir su ocurrencia. (0: No se dan los espacios; 1: Se dan los espacios de análisis pero no se documenta; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-4	Se cuenta con un sistema operativo de vigilancia y respuesta frente a los eventos adversos de acuerdo con normas institucionales. (0: No existe; 1: Se da el espacio, se realiza la información y no se muestran los cambios por efectuar; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRA1-5	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para hacer pública la información relevante de la gestión de riesgos de la atención y los cambios por efectuar.

Macroproceso 5: Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)

Objetivo y alcance: Evaluar si el establecimiento de salud de despliega los medios adecuados para afrontar las emergencias y desastres de manera eficaz y oportuna

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GSD-1	Se adoptan acciones para la reducción de la vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional.	Seguridad Oportunidad Eficacia	D. S. N° 013-2000-PCM: Aprueba el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. D.S. N° 100-2003-PCM: Modifican el Reglamento de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. D.S. N° 074-2005-PCM: Manual para la ejecución de Inspecciones Técnicas de Seguridad en Defensa Civil. R.M. N° 335-2005/MINSA Estándares Mínimos de Seguridad para Construcción, Ampliación, Rehabilitación, Remodelación, y Mitigación de Riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. R.M. N° 897-2005/MINSA/SA. Aprobación de la Norma Técnica de Salud 037-MINSA/OGDN-V.01 para señalización de Seguridad de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. R.M. N° 861-95-SA/DM. Identificación y Señalización de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud NORMA TECNICA DE SALUD	GSD1-1	El establecimiento de salud cuenta con el Certificado de Inspección Técnica de Seguridad en Defensa Civil, solicitado al gobierno local. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Sí cuenta según todo lo establecido)
				GSD1-2	El establecimiento de salud somete a evaluación de seguridad todas las obras de ampliación, rehabilitación, remodelación y reducción de riesgos y éstas cumplen con los estándares mínimos. (0: Ninguna obra cumple; 1: Más del 50% de las obras cumplen; 2: Todas las obras cumplen)
				GSD1-3	El establecimiento de salud cuenta con señales de seguridad en todas las áreas según los criterios y estándares establecidos en la norma. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero en áreas mayores al 50% de lo establecido; 2: Cuentas en todas las áreas según lo establecido)
				GSD1-4	Se cuenta con señalización en buen estado que facilita la ubicación del establecimiento de salud y de la unidad de emergencia desde las vías de comunicación cercanas a éste.
				GSD1-5	Se ha señalizado correctamente los conductos y tuberías de los fluidos peligrosos que existen. (0: No se ha señalizado; 1: Se ha señalizado pero no correctamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GSD1-6	El establecimiento ha identificado sus riesgos de vulnerabilidad estructural, no estructural y funcional en todas sus áreas. (0: No cumple; 1: En proceso; 2: Cumple en todas las vías)
				GSD1-7	Las vías de ingreso a la Unidad de Emergencia están libres de barreras arquitectónicas o elementos que impiden la entrada o la salida. (0: No están libres; 1: NO VÁLIDO; 2: Cumple con todo lo establecido.)

Macroproceso 6: Control de la Gestión y Prestación (CGP)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización da cumplimiento a la normatividad vigente dentro de las políticas organizacionales y en atención a las metas y objetivos previstos en los planes estratégicos, operativos y de contingencias

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación		
				Código Criterio	Criterio	
CGP-1	El establecimiento de salud tiene definido mecanismos establecidos de auditoría, supervisión y evaluación.	Eficacia	R.M. Nº474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT Nº 029-MINSA/DGSP-V.01	CGP1-1	Se cuenta con plan e instrumentos para realizar la auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de gestión y prestación. (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos sólo para gestión o prestación; 2: Cumple con todo lo establecido)	
			R.M. Nº 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP1-2	Se han establecido de manera consensuada con los responsables de las áreas o servicios los indicadores de control de la gestión y prestación, y se han fijado los niveles esperados para la institución. (0: No cuenta con ninguno; 1: Cuenta con plan e instrumentos para menos del 70% de procesos identificados; 2: Cuenta con plan e instrumentos para más del 70% de los procesos identificados)	
CGP-2	El establecimiento de salud realiza acciones de auditoría, supervisión y evaluación de acuerdo.	Eficacia	R.M. Nº474-2005/ MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud, NT Nº 029-MINSA/DGSP-V.01	CGP2-1	El personal responsable de áreas y servicios está capacitado para realizar el proceso de auditoría, supervisión y evaluación de los procesos de su ámbito de acción. (0: Ninguno entrenado; 1: Entrenado menos del 80% de personal; 2: Entrenado más del 80% de personal)	
		Efectividad		CGP2-10	En las áreas/servicios de atención clínica se realizan supervisiones de los procesos de prestación y los resultados son los esperados para la organización. (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)	
		Eficiencia				
		Mejora continua		R.M. Nº 669-2005/ MINSA Norma Técnica de Supervisión Integral.	CGP2-11	Los resultados de los procesos de auditoría, supervisión y evaluación se hacen de conocimiento a los responsables para la toma de decisiones. (0: Nunca se realizan; 1: Se realizan y los niveles están por debajo de lo esperado; 2: Se realizan y los niveles están acordes o superiores a lo esperado)
					CGP2-12	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias nacionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. (0: No es incorporada; 1: Sólo está incorporada la del monitoreo y evaluación; 2: Cumple con todo lo establecido)
					CGP2-13	Se cuantifican los resultados de los indicadores trazadores de cobertura para las prioridades sanitarias regionales y éstos se encuentran en los niveles esperados. (0: Resultado < 60%; 1: Resultado entre 60 y 80%; 2: Resultado > 80%)

Macroproceso 7: Atención Ambulatoria (ATA)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización presta atención de consulta externa de manera organizada y confiable que garanticen oportunidad, seguridad y eficacia

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATA-1	El establecimiento de salud tiene establecido un conjunto de normas y disposiciones para la atención ambulatoria.	Oportunidad Disponibilidad Información completa	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales Ley N° 27403 modificada por Ley N° 28683 "Ley de Atención Preferente"	ATA1-1	El establecimiento de salud cuenta con señalización y mecanismos de información para la atención del usuario, visibles en áreas de primer contacto. (0: No cuenta/no está actualizado; 1: Está actualizado, pero no disponible en todas las áreas de primer contacto; 2: Actualizado, cumplido y en todas las áreas de primer contacto)
				ATA1-2	La cartera de servicios de consulta externa está publicada y los mensajes relacionados son comprensibles para los usuarios. (0: No tiene publicado; 1: Publica y no coincide con la realidad; 2: Está publicado y coincide con la realidad)
				ATA1-3	El establecimiento de salud dispone de un área de triaje a cargo de personal capacitado para brindar este servicio según normas institucionales. (0: No dispone; 1: Dispone pero no está asumido por personal formado; 2: Dispone y está a cargo de personal formado que lo asume constantemente)
				ATA1-4	El establecimiento de salud cuenta con una política para reducir el número de usuarios que no accede a la atención ambulatoria en los días solicitados y los resultados están dentro de lo establecido para la institución. (0: > a 5%; 1: >0% y <5%; 2: 0%)
				ATA1-5	El establecimiento de salud ha desarrollado mecanismos para la atención preferente de las mujeres embarazadas, de los niños, de las personas adultas mayores y con discapacidad en todas las áreas de la atención ambulatoria. (0: No ha desarrollado mecanismos; 1: Ha desarrollado mecanismos pero no, en todas las áreas; 2: Cumple con todo lo establecido.)
ATA-2	La evaluación de los pacientes afectados por las principales causas de morbilidad se realiza de acuerdo a guías de práctica clínica	Eficacia Seguridad Competencia técnica	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 422-2005, que aprueba la NT N° 027-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica"	ATA2-1	El establecimiento de salud formula, adopta o adapta guías de práctica clínica (GPC) según el perfil epidemiológico de la atención ambulatoria y diferenciado por etapas de vida. (0: No ha planificado; 1: Ha planificado y cumple parcialmente con cronograma; 2: Ha planificado y cumple plenamente con cronograma)
				ATA2-2	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos para evaluar el nivel de cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) para la atención de los pacientes ambulatorios. (0: No cuenta con ninguna; 1: Sólo tiene de algunas etapas de vida; 2: Cuenta para todas las etapas)
				ATA2-3	El plan de trabajo contenido en la Historias Clínicas (HC) sigue los lineamientos de las Guías de Práctica Clínica (GPC). (0: No cuenta con equipo; 1: Tiene equipo, pero no es operativo; 2: Cuenta con equipo y cumple con actividades previamente establecidas)
				ATA2-4	Se cuantifica el porcentaje de cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para la atención prenatal y los resultados están dentro de los rangos esperados. (0: Menos de 70% de planes de tratamiento cumplen con GPC; 1: Cumplen entre

Página 20

Macroproceso 9: Atención de Hospitalización (ATH)

Objetivo y alcance: Evaluar si la atención en los servicios de internamiento que brinda la organización cumplen con los atributos de disponibilidad, seguridad, oportunidad, eficacia, aceptabilidad e información completa.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATH-1	El establecimiento que cuenta con internamiento, planifica y diseña sus servicios para satisfacer las necesidades de la población a la que atiende.	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH1-1	El establecimiento identifica anualmente las diez causas más frecuentes de internamiento institucional y por cada uno de los servicios. (0: Nunca identifican; 1: Identifican esporádicamente; 2: Identifican continuamente)
				ATH1-2	Los servicios identifican necesidades de mejora del proceso de atención, formulan propuestas y las comunican a la Alta Dirección para su aprobación y ejecución. (0: No consideran; 1: Consideran pero no de manera completa; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATH1-3	Se permite el acompañamiento de la gestante por la pareja o la familia en los casos de atención de parto. (0: Nunca formulan, no identifican, ni comunican; 1: Realizan algunas de las acciones; 2: Realizan sistemáticamente todas las acciones)
ATH-2	El establecimiento de salud provee las condiciones apropiadas para brindar servicios de internamiento a los pacientes, asegurando su oportunidad y calidad	Eficacia Seguridad Disponibilidad Comodidad Oportunidad	R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	ATH2-1	La Alta Dirección cumple con atender los cuadros de necesidades sustentadas de los servicios de internamiento según priorización aprobada. (0: Nunca cumple; 1: A veces cumple; 2: Siempre cumple)
				ATH2-2	Las jefaturas de los servicios de internamiento promueven la adopción, adecuación o elaboración de las guías de práctica clínica para las atenciones de salud según el perfil epidemiológico de las áreas de hospitalización. (0: Las jefaturas nunca incentivan; 1: A veces incentivan y aprueban; 2: Incentivan y aprueban las planificadas)
				ATH2-3	La organización ha establecido mecanismos para medir el tiempo transcurrido entre la solicitud y el internamiento del paciente y realiza acciones para su disminución. (0: No cuenta con normas relacionadas; 1: Cumple parcialmente; 2: Cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 10: Atención de Emergencia (EMG)

Objetivo y alcance: Evaluar la capacidad de respuesta del servicio de emergencia en su misión de minimizar los riesgos derivados de los padecimientos agudos de los usuarios en emergencia, enfatizando en la oportunidad y continuidad de atención

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EMG-1	El servicio de emergencia está organizado para responder de manera inmediata frente a las necesidades de atención de usuarios en riesgo.	Oportunidad	D. S. N° 016-2002-SA. Reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos. D. S. N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 516-2005/MINSA. Guías de práctica clínica en emergencia del adulto. R. M. N° 386-2006/MINSA, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia	EMG1-1	El establecimiento de salud cuenta con un mecanismo de información general al usuario operativo en el servicio. (0: No está señalizado; 1: Está señalizado, pero no permite orientar a los usuarios ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Cumple con todo lo establecido)
		Eficacia		EMG1-2	Se hace público el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia y se ubica el cartel respectivo en un lugar visible de las áreas correspondientes y está adaptado con respeto de la interculturalidad según realidades locales. (0: No se hace público; 1: Se hace público, pero no en lugares visibles de las áreas de emergencia, ni respeta el enfoque de interculturalidad; 2: Se cumple con todo lo establecido)
		Información		EMG1-3	Se cuenta con programación diaria de los recursos humanos del servicio de emergencia (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) y del responsable de la guardia, en un lugar visible para los usuarios. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no está en un lugar visible para los usuarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
		Disponibilidad		EMG1-4	El establecimiento aplica las guías de práctica clínica para la atención de las diez causas más frecuentes en emergencia en cada una de las etapas del ciclo de vida. (0: No cuenta; 1: Cuenta sólo del adulto y niño; 2: Cuenta de todas la etapas: niño-adolescente-adulto y adulto mayor)
		Competencia		EMG1-5	El personal que labora en emergencia ha sido capacitado en los últimos 12 meses en temas propios de emergencia según competencias. (0: No implementa; 1: Implementa parcialmente; 2: Implementa en todas las muestras)
		Técnica		EMG1-6	El establecimiento ha definido medidas para la atención de emergencia sin condicionamientos que vulneren los derechos de los usuarios (restricciones por pagos de atenciones, solicitud de compra de insumos, etc.). (0: No ha definido; 1: Define pero no se cumple; 2: Cumple con todo lo establecido.)

Macroproceso 11: Atención Quirúrgica (ATQ)

Objetivo y alcance: Evaluar si el centro quirúrgico está organizado para la prestación segura y eficaz de los cuidados preoperatorios, anestésicos, quirúrgicos y postoperatorios a los pacientes

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ATQ-1	El centro quirúrgico está organizado para realizar cirugías según funciones básicas	Disponibilidad Eficacia Oportunidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.O. 1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ1-1	Se cuenta y se evalúa la programación de actividades del centro quirúrgico. (0: No se cuenta con POA; 1: En proceso de aprobación; 2: Se cumple con lo establecido)
				ATQ1-2	Se cuenta con un manual de procedimientos del centro quirúrgico, está a disposición del personal que labora en el área el cual lo conoce y lo aplica. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible; 2: Se cumple con lo establecido)
				ATQ1-3	Se aplica guías de manejo quirúrgico y anestésico para las diez intervenciones más frecuentes que se realizan (atención de anestesia-clínico-quirúrgica, terapia del dolor, anestesia fuera de quirófano, recuperación postoperatoria y consulta de anestesiología)
				ATQ1-4	El establecimiento tiene un rol diario de asignación de salas y garantiza la disponibilidad de ellas para casos de urgencia. (0: No se cuenta; 1: En proceso de aprobación; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ1-5	Se cuenta con rol de programación de personal cuya aplicación garantiza la disponibilidad de anestesiólogos, personal profesional y de apoyo en áreas críticas (salas de cirugía de urgencia, salas de recuperación). (0: No tiene; 1: Tiene un rol diario, pero no garantiza la disponibilidad de la sala para casos de urgencia; 2: Cumple con lo establecido)
ATQ-2	El personal de enfermería realiza procedimientos de preparación quirúrgica orientados a la seguridad del usuario	Seguridad Continuidad	R.M. N° 486-2005/MINSA, que aprueba la la N.T. N° 030-MINSA/DGSP-V.O. 1: "Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología".	ATQ2-1	Antes de una cirugía, el personal de enfermería responsable verifica la disponibilidad de equipos, insumos e instrumental según el tipo de cirugía y lo registra. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ2-2	En el intraoperatorio el personal de enfermería circulante e instrumentista, que asiste la cirugía verifica y controla la existencia de los insumos e instrumental según listas de chequeo preelaboradas y es registrado en la historia clínica. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no se registra en la historia; 2: Cumple con lo establecido)
				ATQ2-3	El personal de enfermería registra en la historia clínica la hora exacta de la coordinación para el traslado del paciente a las áreas de hospitalización previa autorización del anestesiólogo de recuperación. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ATQ2-4	Se cuantifica y se cumple con los tiempos preestablecidos para el traslado de pacientes del centro quirúrgico y el nivel es el esperado por el establecimiento de salud. (0: No lo realiza; 1: Lo realiza, pero no sistemáticamente; 2: Cumple con lo todo establecido)

Macroproceso 13: Atención de Apoyo Diagnóstico y Tratamiento (ADT)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización brinda servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento bajo los atributos de eficiencia, eficacia, seguridad y accesibilidad

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
ADT-1	Los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento garantizan la idoneidad de sus procedimientos.	Disponibilidad Accesibilidad	R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT1-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento del establecimiento de salud tienen y aplican normas y guías de procedimientos para la atención. (0: No dispone; 1: Dispone, pero no está actualizada; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT1-2	Los servicios de apoyo al diagnóstico tienen y aplican programas de control de calidad. (0: No tienen plan operativo; 1: No todos los servicios cuentan con plan operativo; 2: Todos tienen plan operativo)
ADT-2	El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica cuando la patología lo hace necesario.	Eficacia Oportunidad Disponibilidad	R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT2-1	Los resultados de los exámenes se entregan oportunamente a los profesionales de la atención clínica y a los usuarios según estándares de tiempo previamente definidos por el establecimiento de salud. (0: No cumple; 1: A veces cumple o está encima del estándar; 2: Se cumple según estándares internos previamente definidos)
				ADT2-2	Los resultados de los exámenes se registran en medios manuales o en sistema informático y se incluye los tiempos transcurridos entre la solicitud, la recepción de la muestra y la entrega del resultado. (0: No se registra; 1: Se registra parcialmente; 2: Se registra siempre)
ADT-3	Se controla la calidad de las actividades de apoyo diagnóstico según normatividad nacional, subsectorial o institucional.	Disponibilidad Accesibilidad Seguridad Eficacia	R.M. Nº 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	ADT3-1	Los servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento desarrollan indicadores de calidad relacionados con la entrega oportuna de sus productos y en función de las necesidades de los pacientes. (0: No cuenta con indicadores; 1: Cuenta pero no para todos los servicios de apoyo diagnóstico; 2: Cumple con todo lo establecido)
				ADT3-2	La calidad de los resultados de los exámenes y/o tratamientos se garantiza por medio de calibración de equipos y el control de calidad de los procedimientos. (0: No se realizan calibraciones; 1: Se realizan pero no sistemáticamente; 2: Se realizan sistemáticamente y según planificación)
				ADT3-3	Los procedimientos que implican riesgo para los pacientes se realizan de acuerdo a las normas de seguridad (exámenes con medios de contraste, exámenes endoscópicos). (0: No se cumplen normas de seguridad; 1: Se cumplen parcialmente; 2: Se cumplen)
				ADT3-4	El establecimiento de salud tiene y aplica un programa de control y garantía de calidad para la producción de insumos, medicamentos y otros productos que se elaboran dentro del establecimiento. (0: No se realizan acciones de control; 1: Se realizan, pero no sistemáticamente; 2: Se realizan acciones control y se registran resultados)

Macroproceso 14: Admisión y Alta (ADA)

Objetivo y alcance: Evaluar si el proceso de atención, desde el ingreso hasta la salida de los usuarios y acompañantes, permite disminuir las barreras de acceso e incorpora la identificación y priorización de necesidades (parcial o completamente) de salud individual y familiar

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación		
				Código Criterio	Criterio	
ADA-1	El establecimiento está organizado para garantizar el proceso de admisión a los usuarios bajo los atributos de oportunidad, continuidad y según las normas institucionales.	Eficacia	R.M. N° 597-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica R.M.N° 423-2001-SA/DM. Manual de procedimientos de admisión integral en establecimientos del primer nivel de atención	ADA1-1	El establecimiento tiene un sistema de registro de los usuarios por historias clínicas individuales/ fichas familiares y estandariza los formatos de acuerdo con la normatividad vigente. (0: No define; 1: Lo define, pero no está acorde a la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)	
		Integralidad		ADA1-2	Se garantiza la conservación y custodia del sistema de registro (historias clínicas/fichas familiares) y está contemplado en el manual de procedimientos del establecimiento y acorde a lo dispuesto por la normatividad vigente. (0: No está contemplado; 1: Está contemplado, pero no está acorde a normatividad; 2: Cumple con todo lo establecido)	
		Oportunidad		ADA1-3	El proceso diario de recojo/ archivamiento de las fichas familiares/historias clínicas está documentado e identifica aspectos críticos que podrían alterar su conservación/tenencia. (0: No se cumple lo establecido; 1: Está documentado, pero no se identifican aspectos críticos; 2: Cumple con todo lo establecido)	
		Continuidad		ADA1-4	El procedimiento para la obtención y entrega de citas que contiene los tiempos de espera máximos, costos, horarios, el número regular de ingresos esperados, lo cual es de conocimiento del personal responsable y es difundido al usuario. (0: No se cumple lo establecido; 1: Se ha establecido, pero no cuentan con mecanismos de difusión a los usuarios externos; 2: Cumple con todo lo establecido)	
				ADA1-5	Se cuenta con personal capacitado en el último año, para realizar las actividades en el área de admisión del establecimiento. (0: Nunca fue entrenado; 1: Ha sido entrenado hace más de un año; 2: Ha sido entrenado hace menos de un año)	

Macroproceso 15: Referencia y contrarreferencia (RCR)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza la continuidad de la atención de salud en una red de servicios y si contribuye a solucionar los problemas de salud de la población con trabajo en equipo y buscando la participación activa de la comunidad organizada)

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
RCR-1	El establecimiento de salud está organizado para referir pacientes y recibir contrarreferencias.	Continuidad Oportunidad Eficacia	R.M. Nº 721-2004/MINSA. Norma técnica del sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. R.M. N° 516-2005/MINSA. "Guías de prácticas clínicas en emergencia para el adulto".	RCR1-1	El establecimiento de salud tiene documentado el proceso de referencias y contrarreferencias que realiza/recibe de acuerdo a la normatividad vigente. (0: No define; 1: Define pero no está acorde con la normatividad vigente; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-2	El establecimiento de salud ha establecido coordinaciones con otros servicios de atención ambulatoria, con servicios extrainstitucionales locales, regionales y nacionales para garantizar la atención posterior al alta. (0: No tiene; 1: Tiene pero no las 24 horas del día; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-3	El establecimiento de salud ha establecido un mecanismo de seguimiento de pacientes referidos las 24 horas, en caso no se haya producido la contrarreferencia efectiva. (0: No cuenta; 1: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con todo lo establecido)
				RCR1-4	El establecimiento de salud cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias disponibles durante el horario de atención en todos los lugares necesarios. (0: No cuenta con formatos impresos para las referencias y contrarreferencias; 1: Sí cuenta, pero no están disponibles en los lugares necesarios; 2: Cumple con lo establecido.)
RCR-2	El establecimiento de salud está organizado para asegurar un traslado oportuno y seguro de los usuarios.	Oportunidad Disponibilidad Eficacia Trabajo en equipo	R.M. 751-2004 / MINSA. Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.	RCR2-1	Se tiene un rol de personal a cargo del traslado de los pacientes y es de pleno conocimiento de los responsables. (0: No se tiene; 1: Se tiene, pero no es conocido por los responsables; 2: Se cumple todo lo establecido)
				RCR2-2	Se dispone de servicio de transporte operativo, equipado y disponible durante las 24 horas. (0: No se cuenta; 1: Se cuenta, pero no está equipado o disponible las 24 horas; 2: Se cumple todo lo establecido)

Macroproceso 16: Gestión de Medicamentos (GMD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización suministra los servicios de hospitalización, ambulatorio y otros, los medicamentos y productos solicitados y tiene un impacto directo en la seguridad de los pacientes.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GMD-1	El establecimiento está organizado para un manejo adecuado de los medicamentos e insumos antes de su dispensación al usuario	Disponibilidad Eficiencia Seguridad	Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales R.M. N° 414-2005/MINSA, que aprueba el "Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales" R.M. N° 1753-2002-SA/DM.- Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos - SISMED Resolución Jefatural N° 335-90-INAP/DNA "Manual Administración de Almacenes para el Sector Público Nacional".	GMD1-1	Las compras se programan sobre la base del petitorio nacional acorde al cuadro de necesidades de los servicios y son autorizadas por el comité de compras de la institución. (0: No existe; 1: En proceso de conformación; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-2	La farmacia cuenta con sistemas (SISMED 20 u otro) e información para la gestión (Kardex, informes de consumo en unidades y valores, según fuente de financiamiento, para medicamentos y dispositivos médicos fungibles). (0: No se realiza; 1: Se realiza esporádicamente; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-3	El establecimiento realiza informe de consolidados diarios de despacho e informe mensual de consumo de medicamentos e insumos. (0: No se realiza; 1: Se programan sobre la base del cuadro de necesidades; 2: Cumple con lo establecido.)
				GMD1-4	Los medicamentos son almacenados y conservados de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta con sistema manual informático o Kardex, pero no se efectúa el informe diario de recetas; 2: Cumple con lo establecido)
				GMD1-5	Se cuenta con el Libro de Registro de Prescripción de Narcóticos y sustancias controladas. (0: No realiza; 1: Realiza el informe, diario, pero no el informe mensual; 2: Cumple con lo establecido)

Macroproceso 17: Gestión de la información (GIN)

Objetivo y alcance: Evaluar si se cuenta con evidencia permanente y organizada para facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización basadas en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIN-1	El establecimiento de salud promueve una gestión integral de la información.	Disponibilidad Oportunidad	Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública R. M. N° 825-2005/MINSA, Directiva que establece el procedimiento de atención de solicitudes sobre acceso a la información pública R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales.	GIN1-1	El establecimiento de salud identifica las necesidades de información de todos los procesos asistenciales y administrativos con participación del personal de las áreas respectivas. (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-2	El establecimiento de salud identifica anualmente las necesidades de equipamiento para el óptimo funcionamiento del sistema informático y esta incluido en el plan anual de adquisiciones. (0: No se identifica; 1: Se identifica las necesidades, pero no con participación del personal de las áreas fuente; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-3	El establecimiento de salud cuenta con un sistema de acopio manual y/o automatizado de información el cual es conocido por el personal. (0: No se identifica; 1: En proceso; 2: Cumple con lo establecido)
				GIN1-4	El establecimiento de salud cuenta con sistemas de información que aplican los descriptores nacionales de medicamentos, codificación CIE X, CIP (procedimientos) y otras codificaciones oficiales para el sector salud. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido)
				GIN1-5	El establecimiento de salud tiene personal capacitado durante el último año, para llevar a cabo las actividades de la gestión de la información. (0: No cuenta; 1: En proceso; 2: Cuenta con lo establecido)
				GIN1-6	El establecimiento de salud cuenta con procedimientos documentados que describe las fases de captura, el análisis, la transmisión, la difusión, el almacenamiento, la conservación y la depuración de la información. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está formado continuamente; 2: Cuenta con todo lo establecido)
				GIN1-7	Existe y se implementa un sistema de gestión de la información que considera todos los aspectos descritos en el procedimiento documentado. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no para todas las fases; 2: Cuenta con todo lo establecido)
				GIN1-8	La unidad responsable de la gestión de la información monitorea la información de todas las unidades orgánicas y funcionales de la organización. (0: No existe; 1: En proceso de aprobación; 2: Cuenta con lo establecido)

Página 20

Macroproceso 18: Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización (DLDE)

Objetivo y alcance: Evaluar si los procedimientos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres y ropa, así como las instalaciones, permiten minimizar los riesgos de contaminación y de infecciones intrahospitalarias aplicando medidas de seguridad como : bioseguridad, precauciones estándares y de salud ocupacional en forma oportuna y eficaz.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
DLDE-1	El establecimiento de salud se organiza para aplicar medidas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos, enseres e instalaciones.	Seguridad Disponibilidad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 179-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias. RM N° 217-2004/MINSA Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios R.M. N° 1472-2002-SA/DM Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria: Minsa/OGE/ Vigía	DLDE1-1	Se cuenta con un manual de desinfección y esterilización acorde a su categoría y es conocido por el personal de todas las áreas responsables de esta proceso. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE1-2	El establecimiento cuenta con guía actualizada que describe los procedimientos de limpieza y desinfección de los ambientes físicos destinados al paciente, los enseres de cama, la ropa de pacientes y del personal de áreas de riesgo y es conocido por todo el personal. (0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE1-3	El establecimiento tiene centralizado los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de materiales y equipos. (0: No cuenta; 1: Si describe, pero no es conocido por todo el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
DLDE-2	Se realizan los procesos de descontaminación, limpieza, desinfección, empaque, esterilización, almacenamiento y distribución de los materiales de acuerdo con normas establecidas.	Eficacia Eficiencia Seguridad	R.M. N° 510-2005. Manual de Salud Ocupacional R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales NORMA TÉCNICA N° 015 - MINSA / DGSP - V.01 Manual de Bioseguridad.	DLDE2-1	El personal que manipula equipos y material usado se encuentra protegido según medidas establecidas. (0: No está protegido; 1: Están protegidos menos del 90%; 2: Están protegidos y acorde con lo establecido el 100%)
				DLDE2-2	El personal en cada servicio clasifica y realiza la descontaminación y/o limpieza de los materiales, equipos usados de acuerdo con lo establecido en el manual de desinfección, esterilización y la norma de salud ocupacional. (0: No los clasifica; 1: Los clasifica, pero no cumple con lo establecido en manual; 2: Cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-3	Se empaqua y esteriliza el material/equipo de acuerdo con los procedimientos establecidos. (0: No se cumple; 1: Se realiza la limpieza y desinfección, pero no cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-4	El establecimiento aplica controles físicos, químicos y biológicos en la esterilización de materiales y equipos. (0: No se cumple; 1: Se empaqua y esteriliza, pero no de acuerdo con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-5	Se establece un sistema de control de daños, pérdidas de materiales y equipos en cada área de esterilización y se registra en cada procedimiento de esterilización. (0: No se cumple; 1: Se almacena, pero no se cumple con los procedimientos; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				DLDE2-6	Se establece un sistema de control de pérdidas y deterioros innecesarios de enseres de cama y ropa y se aplica en cada procedimiento. (0: No se cumple; 1: Se realiza, pero no cumple con todo lo establecido; 2: Se cumple con todo lo establecido)

Página 41

Macroproceso 19: Manejo del Riesgo Social (MRS)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización está orientada a brindar servicios de salud a las poblaciones de riesgo social bajo los atributos de accesibilidad y continuidad.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
MRS-1	El establecimiento de salud está organizado y cuenta con mecanismos para realizar de forma confiable la evaluación socioeconómica de los usuarios.	Disponibilidad Accesibilidad Continuidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos R.M. N° 436-2006/MINSA, Reglamento para el pago de tarifa mixta del SIS	MRS1-1	El establecimiento de salud cuenta con un único sistema de evaluación socioeconómica de los usuarios que se implementa en todos los puntos de entrada de los usuarios las 24 horas del día. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no está disponible las 24 horas; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRS1-2	El establecimiento de salud programa y realiza mensualmente controles de calidad de las fichas de evaluación socioeconómica. (0: No realiza; 1: Realiza pero menor a lo planificado; 2: Realiza según lo planificado)
				MRS1-3	El servicio social cuenta con servicio de Internet para realizar cruces de información de los usuarios con ESSALUD y RENEC. (0: No cuenta; 1: En proceso de implementación; 2: Cumple con todo lo establecido)
				MRS1-4	El establecimiento de salud realiza las evaluaciones socioeconómicas a los usuarios de consulta externa, emergencias, apoyo diagnóstico y hospitalización. (0: Sólo realiza en emergencias y hospitalización; 1: Realiza en todos menos en una; 2: Realiza en todos los servicios listados)
MRS-2	El establecimiento de salud destina recursos financieros para la atención de casos especiales y de extrema pobreza.	Eficacia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad	D.S. N° 016-2002-SA Reglamento de la Ley N° 27604 modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos R.M. N° 246-2006/MINSA Lineamientos de política tarifaria en el Sector Salud	MRS2-1	El establecimiento de salud cuenta con mecanismos de financiamiento para la atención de la población pobre y en extrema pobreza y éstos se aplican. (0: No destina; 1: Destina esporádicamente; 2: Destina por montos fijos y sostenibles)
				MRS2-2	Las tarifas del establecimiento de salud se adecúan a los lineamientos de política tarifaria del MINSA. (0: Exoneraciones a pacientes clasificados A; 1: Exoneración mayoritaria a pacientes clasificados B; 2: Sólo exonera a pacientes clasificados como C y que no acceden al SIS)

Macroproceso 20: Nutrición y Dietética (NYD)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización garantiza una atención de nutrición y dietética según las necesidades, las indicaciones clínicas y los requerimientos de los pacientes.

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
NYD-1	El establecimiento de salud está organizado para brindar servicios de nutrición y dietética, según normatividad vigente.	Disponibilidad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales	NYD1-1	Se cuenta con un manual actualizado y disponible de normas y procedimientos técnico-administrativos de la atención nutricional y dietética. (0: No cuenta; 1: Se cuenta, pero no está disponible ni actualizado; 2: Cumple con lo establecido)
		Oportunidad			
		Eficiencia	R.M. N° 615-2003-SA/DM Norma Sanitaria que establece los criterios microbiológicos de calidad sanitaria e inocuidad para los alimentos y bebidas de consumo humano.	NYD1-2	Se cuenta con personal de nutrición capacitado durante el último año. (0: El personal no está continuamente entrenado; 1: Sólo el personal responsable está continuamente entrenado y capacitado; 2: Se cumple con lo establecido)
			R.M. N° 1653-2002-SA/DM Reglamento Sanitario de Funcionamiento de Autoservicios de Alimentos y Bebidas.	NYD1-3	Se han determinado y se cumplen horarios para la distribución de las dietas a los servicios. (0: No se han determinado; 1: Se han determinado, pero no se cumplen; 2: Se cumple con lo establecido)
			R.M. N° 449-2006/MINSA Norma Sanitaria para la Aplicación del Sistema HACCP en la Fabricación de Alimentos y Bebidas D.S. N° 007-90-SA. Reglamento de Vigilancia y Control Sanitario de alimentos y bebidas	NYD1-4	El establecimiento cuenta normas de manipulación de alimentos y éstas se aplican. (0: No se promueve; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)
				NYD1-5	El establecimiento aplica buenas prácticas de almacenamiento de víveres perecibles y no perecibles. (0: No se realiza; 1: En proceso; 2: Se cumple con lo establecido)
				NYD1-6	El establecimiento cuenta con mecanismos de información y educación a los usuarios y familiares sobre los requerimientos nutricionales de acuerdo con sus necesidades y éstos se aplican. (0: No se realiza; 1: Se informa sobre los requerimientos nutricionales sin que esté de acuerdo con sus necesidades; 2: Se cumple con todo lo establecido)

Macroproceso 21: Gestión de Insumos y Materiales (GIM)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización orienta el compromiso laboral de su personal (administrativo y asistencial) para el uso racional y la conservación adecuada de insumos y materiales

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
GIM-1	Se tiene definido los mecanismos de requerimiento y adquisición de insumos y materiales.	Eficacia Eficiencia	Decreto Supremo N° 018-2001-SA del Control de calidad y suministro de información sobre medicamentos Resolución Ministerial N° 055-1999-SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Manufactura Resolución Ministerial N° 585-1999-SA/DM. Norma Técnica de Buenas Prácticas de Almacenamiento Resolución Ministerial N° 014-2002-SA. Lineamientos de la Política del Sector Salud 2002-2012 R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el Modelo de Reglamento de Organización y Funciones de los Hospitales	GIM1-1	Se cuenta con líneas de acción para planificar el requerimiento y la adquisición de insumos y materiales conforme a las normas vigentes. (0: No se han definido; 1: Se tienen, pero no están acordes con la normatividad vigente; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				GIM1-2	El establecimiento de salud cuenta con plan anual de necesidades de bienes estratégicos por servicios inmerso en plan de adquisiciones que garantiza calidad de insumos y materiales requeridos (especificaciones técnicas, comité de evaluación de bienes estratégicos) (0: No cuenta con plan anual de necesidades; 1: Tiene plan anual y los mecanismos para el control de calidad no se evidencia; 2: Cumple con todo lo establecido)
				GIM1-3	Se tienen establecidas y se aplican medidas de protección de insumos y materiales por el personal de almacén central. (0: No se cuenta con programación; 1: Se tiene programación, pero no están contempladas todas las áreas o servicios; 2: Se cumple con todo lo establecido)
				GIM1-4	Se tiene establecido y se aplican procedimientos para el control de insumos y materiales en el área de distribución (almacén). (0: No se han establecido; 1: Se han establecido, pero no son de conocimiento del personal; 2: Se cumple con todo lo establecido)
GIM-2	Los insumos y materiales son adquiridos y distribuidos de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Eficacia Efectividad	R.M. N° 616-2003-SA/DM, que aprueba el modelo de ROF de Hospitales	GIM2-1	Se realiza el requerimiento de bienes estratégicos de acuerdo al cronograma del plan anual de adquisiciones y se cumple los procedimientos. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GIM2-2	En el establecimiento se llevan a cabo los procesos de adquisición según los procedimientos correspondientes. (0: No se cuantifica; 1: Se cuantifica, pero el nivel está por debajo de lo esperado; 2: El nivel está en los rangos esperados)
				GIM2-3	Se cuantifica el porcentaje de entregas de insumos y materiales de acuerdo con una programación. (0: Menos del 50% de entregas están de acuerdo con una programación; 1: Entre 50% y 80% de las entregas están acordes a la programación; 2: Más del 80% de entregas están acordes a la programación.)
				GIM2-4	Se registra la opinión de los técnicos en el proceso de adquisición de insumos y materiales. (0: Se registra en menos del 60% de los procesos de adquisición; 1: Se registra para el 60% a 80% de los procesos; 2: Se registra para más del 80% de los procesos.)

Página 46

Macroproceso 22: Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)

Objetivo y alcance: Evaluar si la organización dispone de equipos en buen estado y se garantiza su operatividad en el momento que se requiera. Asimismo, que las instalaciones estructurales y servicios se mantengan conservadas y operativas

Código	Estandar	Atributos relacionados	Referencia normativa	Criterios de Evaluación	
				Código Criterio	Criterio
EIF-1	El establecimiento cuenta con recurso humano capacitado y aplica la normas para disponer de equipos e Infraestructura operativos y en buen estado.	Eficacia Eficiencia Disponibilidad	R.M. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales. R.M. N° 970-2005/MINSA. Norma técnica de salud para proyectos de arquitectura, equipamiento y mobiliario de establecimientos de salud del primer nivel de atención. R.M. No 016-98-SA/DM Normas Técnicas para el Mantenimiento Preventivo y Conservación de la Infraestructura en Hospitales. R.M. N° 335-2005 Estandares Mínimos de seguridad para la construcción, ampliación, rehabilitación, remodelación y mitigación de riesgos en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo	EIF1-1	El establecimiento de salud cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y de recuperación de la planta física y servicios básicos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-2	El establecimiento de salud cuenta con un plan de reemplazo y mantenimiento preventivo y recuperativo de sus equipos incorporado al plan operativo de actividades (POA). (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no está incorporado al POA; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-3	Se cuenta con personal capacitado para la elaboración de proyectos de inversión y se elaboran proyectos. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de todos los procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-4	El personal que realiza el mantenimiento preventivo y de recuperación de la Infraestructura y equipos está capacitado para ese fin durante el último año. (0: No tiene; 1: Si tiene, pero no cuenta con instrumentos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-5	Se cuenta con procedimientos documentados para la adquisición de equipos, mantenimiento; remodelación y/o ampliación de infraestructura física del establecimiento. (0: No cuenta; 1: Cuenta pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-6	El establecimiento de salud cuenta con sistema de inventario y registro de operatividad de equipos e instrumentos. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no de los tres procesos; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-7	Se cuenta y aplica los procedimientos del manual para el mantenimiento de instalaciones eléctricas, mecánicas y sanitarias. (0: No cuenta; 1: Si cuenta, pero no es conocido por el personal responsable; 2: Cumple con todo lo establecido)
				EIF1-8	Cuenta con manual de mantenimiento de áreas críticas, control y seguimiento de obras y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)
				EIF1-9	Cuenta con manual de medidas que permiten el buen uso y prevención de deterioros de los equipos y servicios básicos (agua, energía eléctrica) y éste es aplicado. (0: No cuenta con manual; 1: Cuenta con manual, pero no se aplica; 2: Cumple con lo establecido.)

Página 47

ANEXO N° 04 RONDAS DE SEGURIDAD

APLICATIVO RONDAS DE SEGURIDAD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN
UPSS: CENTRO OBSTETRICO
HOSPITAL I TINGO MARIA

ESSALUD

FORMATO VIRTUAL VS.01

MENU

ACTA

RED ASISTENCIAL:	HUANUCO	TRIMESTRE:	I	AÑO:	2016
CENTRO ASISTENCIAL:	HOSPITAL I TINGO MARIA	FECHA:			
SERVICIO:	JEFE DE SERVI				
JEFE DE OFICINA/UNIDAD DE CALIDAD:	DEPARTAMEN	CENTRO OBSTETRICO			

CUMPLE = 2
NO CUMPLE = 0
NO APLICA = EN BLANCO

PRACTICA SEGURA	%	VERIFICADOR	VALOR	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA ADECUADAMENTE ELABORADA (Jefe de Departamento)	#i DIV/0!	Se registra fecha y hora de atención.		
		Se registra filiación completa.		
		Se registra la enfermedad actual y funciones biológicas.		
		Se registran los antecedentes.		
		Se registra el examen físico completo.		
		Se registran los diagnósticos.		
		Se registra el Plan de Trabajo.		
		Se registra la evolución diaria SOAP.		Es otro el manejo: solo
		Se registra el tratamiento.		
		Constan los resultados de exámenes auxiliares y corresponden al paciente.		
		Se registra el nombre del paciente en todas las hojas.		
		En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado.		
		Se registra fecha y hora de atención.		
		Se registra fecha y hora del alta.		
		Se registran indicaciones al alta.		
		La letra es legible		
		La historia clínica esta ordenada y limpia.		
		% CUMPLIMIENTO	#i DIV/0!	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE (Responsable de Calidad)	#i DIV/0!	El paciente tiene brazalete y los datos son correctos y completos.		
		Existe un cartel con el nombre completo del paciente.		
		Se pregunta al paciente sus datos y se verifica en la historia clínica.		
		Se observa que el personal de salud verifica la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.		
		El servicio identifica riesgo de caídas y se tiene identificada esta condición en el brazalete del paciente, además está rotulado en su cabecera.		
		Se observa como realiza el personal de salud la identificación correcta de los paciente para exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.		
		Se interroga al paciente sobre su enfermedad y sobre el tratamiento indicado por su médico, se cruza información con la historia clínica.		
		Se verifica si el paciente firmo el consentimiento respectivo después de haber sido informado y aclaradas sus dudas y preguntas respecto algún procedimiento o cirugía.		

SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN (Jefe de Enfermería)	#iDIV/0!	Se pregunta al paciente si conoce que medicamentos recibe y a que hora.		
		Se pregunta al paciente si conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.		
		Se revisa el coche de paro y se verifica si cuenta con los medicamentos necesarios para situaciones críticas.		
		Se observan los sueros se encuentran debidamente rotulados con la fecha y se especifica los componentes correspondientes.		
		Se observa si existe un orden en el almacenamiento de los medicamentos para evitar confusión y similitud de nombres o presentación.		
		Se observa si los medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados.		
		Se observa si los medicamentos se clasifican para su almacenamiento según el nombre del paciente.		
		Se verifica si los medicamentos y los materiales se encuentran vigentes.		
		Se observa si existe un registro de medicamentos controlados.		
		Se observa si la enfermera verifica los correctos para administración de medicamentos.		
Se verifica en la historia clínica el uso de profilaxis antibiótica en cirugía de riesgo incluyendo cesáreas según guía de atención.				
		% CUMPLIMIENTO	#iDIV/0!	
BIOSEGURIDAD (Responsable de Inteligencia Sanitaria)	#iDIV/0!	Se observa disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.		
		Se observa si se cumple con la higiene de manos de acuerdo a normas.		
		Se observa si existen mensajes que promueven la higiene de manos.		
		Se observa si el desacute de material punzo cortante, agujas, se realiza de acuerdo a normas.		
		Se observa si el cuidado y manejo de catéteres se realiza de acuerdo a normas.		
		Se observa si se cumplen con las medidas de		
		% CUMPLIMIENTO	#iDIV/0!	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS (Responsable de Inteligencia Sanitaria)	#iDIV/0!	Se verifica si se dispone de los equipos necesarios estan		
		Los equipos estan accesibles para su uso.		
		Se pregunta al personal si conoce el funcionamiento de		
		Se verifica si los equipos funcionan adecuadamente.		
		Se verifica que los equipos son revisados calibrados y reciben mantenimiento preventivo periodico que se visualiza en las respectivas tarjetas.		
		% CUMPLIMIENTO	#iDIV/0!	
SEGURIDAD EN EL SERVICIO (Jefe de Departamento)	#iDIV/0!	Se verifica que las interconsultas, exámenes de laboratorio y de imágenes se gestionan oportunamente.		
		Se observa que el timbre de llamado está cerca del paciente y funciona.		
		Se observa que las barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.		
		Se verifica si cumplen con las indicaciones de la dieta.		
		Se observa que el personal programado se encuentra en el servicio para garantizar la atención oportuna.		

ANEXO N° 05

Encuesta de satisfacción del Usuario Externo

GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO

ANEXO 1

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	
01	E Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa								
02	E Que la consulta con el médico se realice en el horario programado								
03	E Que la atención se realice respetando la programación y el orden de llegada								
04	E Que su historia clínica se encuentre disponible en el consultorio para su atención								
05	E Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad								
06	E Que la atención en caja o en el módulo admisión del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida								
07	E Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida								
08	E Que la atención para tomarse exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida								
09	E Que la atención en farmacia sea rápida								
10	E Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad								
11	E Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención								
12	E Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud								
13	E Que el médico que atenderá su problema de salud, le inspire confianza								
14	E Que el personal de consulta externa le trate con amabilidad, respeto y paciencia								
15	E Que el médico que le atenderá, muestre interés en solucionar su problema de salud								
16	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención								
17	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos								
18	E Que usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán								
19	E Que los carteles, letreros y flechas de la consulta externa sean adecuados para orientar a los pacientes								
20	E Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes								
21	E Que los consultorios cuenten con los equipos disponibles y materiales necesarios para su atención								
22	E Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y sean cómodos								

PERCEPCIONES		1	2	3	4	5	6	7
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted <u>HA RECIBIDO</u> la atención en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.								
N°	Preguntas							
01	P ¿El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa?							
02	P ¿El médico le atendió en el horario programado?							
03	P ¿Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada?							
04	P ¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?							
05	P ¿Usted encontró citas disponibles y las obtuvo con facilidad?							
06	P ¿La atención en caja o en el módulo de admisión del SIS fue rápida?							
07	P ¿La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida?							
08	P ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?							
09	P ¿La atención en farmacia fue rápida?							
10	P ¿Se respetó su privacidad durante su atención en el consultorio?							
11	P ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?							
12	P ¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?							
13	P ¿El médico que le atendió le inspiró confianza?							
14	P ¿El personal de consulta externa le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P ¿El médico que le atendió mostró interés en solucionar su problema de salud?							
16	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su problema de salud o resultado de su atención?							
17	P ¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?							
18	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizarán?							
19	P ¿Los carteles, letreros y flechas le parecen adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P ¿La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes?							
21	P ¿Los consultorios contaron con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?							
22	P ¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y fueron cómodos?							

		Nº Encuesta: _____
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL II y III		
Nombre del encuestador:	_____	
Establecimiento de Salud:	_____	
Fecha: ____/____/____	Hora de Inicio: ____/____/____	Hora Final: ____/____/____
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.		
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:		
1. Condición del encuestado	Usuario (a)	<input type="text" value="1"/>
	Acompañante	<input type="text" value="2"/>
2. Edad del encuestado en años	<input type="text"/>	
3. Sexo	Masculino	<input type="text" value="1"/>
	Femenino	<input type="text" value="2"/>
4. Nivel de estudio	Analfabeto	1
	Primaria	2
	Secundaria	3
	Superior Técnico	4
	Superior Universitario	5
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	1
	SOAT	2
	Ninguno	3
	Otro	4
6. Tipo de usuario	Nuevo	1
	Continuador	2
7. Tópico o área donde fue atendido: _____		

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Qué los pacientes sean atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socio económica							
02	E	Qué la atención en emergencia se realice considerando la gravedad de la salud del paciente							
03	E	Qué su atención en emergencia esté a cargo del médico							
04	E	Qué el médico mantenga suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud							
05	E	Qué la farmacia de emergencia cuente con los medicamentos que recetará el médico							
06	E	Qué la atención en caja o el módulo de admisión sea rápida							
07	E	Qué la atención para tomarse los análisis de laboratorio sea rápida							
08	E	Qué la atención para tomarse los exámenes radiológicos (radiografías, ecografías, otros) sea rápida							
09	E	Qué la atención en la farmacia de emergencia sea rápida							
10	E	Qué el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11	E	Qué durante su atención en emergencia se respete su privacidad							
12	E	Qué el médico realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual será atendido							
13	E	Qué el problema de salud por el cual será atendido se resuelva o mejore							
14	E	Qué el personal de emergencia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Qué el personal de emergencia le muestre interés para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atención							
16	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el problema de salud o resultado de la atención							
17	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre los procedimientos o análisis que le realizarán							
18	E	Qué usted comprenda la explicación que el médico le brindará sobre el tratamiento que recibirá: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos							
19	E	Qué los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Qué la emergencia cuente con personal para informar y orientar a los pacientes							
21	E	Qué la emergencia cuente con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							
22	E	Qué los ambientes del servicio de emergencia sean limpios y cómodos							

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted <u>HA RECIBIDO</u> la atención en el servicio de Consulta Externa (Nivel II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	
01	P ¿Usted o su familiar fueron atendidos inmediatamente a su llegada a emergencia, sin importar su condición socioeconómica?								
02	P ¿Usted o su familiar fueron atendidos considerando la gravedad de su salud?								
03	P ¿Su atención en emergencia estuvo a cargo del médico?								
04	P ¿El médico que lo atendió mantuvo suficiente comunicación con usted o sus familiares para explicarles el seguimiento de su problema de salud?								
05	P ¿La farmacia de emergencia contó con los medicamentos que recetó el médico?								
06	P ¿La atención en caja o el módulo de admisión fue rápida?								
07	P ¿La atención en el laboratorio de emergencia fue rápida?								
08	P ¿La atención para tomarse exámenes radiológicos fue rápida?								
09	P ¿La atención en la farmacia de emergencia fue rápida?								
10	P ¿El médico que le atendió le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?								
11	P ¿Durante su atención en emergencia se respetó su privacidad?								
12	P ¿El médico que le atendió le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?								
13	P ¿El problema de salud por el cual usted fue atendido se ha resuelto o mejorado?								
14	P ¿El personal de emergencia lo trató con amabilidad, respeto y paciencia?								
15	P ¿El personal de emergencia le mostró interés para solucionar cualquier problema que se presentó durante su atención?								
16	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el problema de salud o resultado de la atención?								
17	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los procedimientos o análisis que le realizaron?								
18	P ¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre el tratamiento que recibió: tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos?								
19	P ¿Los carteles, letreros y flechas del servicio de emergencia le parecen adecuados para orientar a los pacientes?								
20	P ¿La emergencia contó con personal para informar y orientar a los pacientes?								
21	P ¿La emergencia contó con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención?								
22	P ¿Los ambientes del servicio de emergencia estuvieron limpios y cómodos?								

		Nº Encuesta: _____
ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN ESTABLECIMIENTOS DEL NIVEL I-4, II y III		
Nombre del encuestador:	_____	
Establecimiento de Salud:	_____	
Fecha: ____/____/____	Hora de Inicio: ____/____/____	Hora Final: ____/____/____
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión y sugerencias sobre la calidad de la atención que recibió en el servicio de hospitalización del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Por favor, sírvase contestar todas las preguntas.		
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:		
1. Condición del encuestado	Usuario (a)	<input type="text" value="1"/>
	Acompañante	<input type="text" value="2"/>
	Padre	<input type="text" value="1.1"/>
	Madre	<input type="text" value="1.2"/>
	Otro	<input type="text" value="1.3"/>
2. Edad del encuestado en años	<input type="text"/>	
3. Sexo	Masculino	<input type="text" value="1"/>
	Femenino	<input type="text" value="2"/>
4. Grado de Instrucción	Ninguno	0
	Primaria	1
	Secundaria	2
	Superior	3
	No sabe	4
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS	0
	SOAT	1
	Ninguno	2
	Otro	3
6. Servicio donde permaneció hospitalizado:	_____	
7. Tiempo de hospitalización en días	_____	

**GUÍA TÉCNICA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO
EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MÉDICOS DE APOYO**

ANEXO 1

EXPECTATIVAS		1	2	3	4	5	6	7
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.								
N°	Preguntas							
01	E Que todos los días reciba una visita médica							
02	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá hospitalizado							
03	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos que recibirá durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos							
04	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los resultados de los análisis de laboratorio							
05	E Que al alta, usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa							
06	E Que los trámites para su hospitalización sean rápidos							
07	E Que los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realicen rápido							
08	E Que los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realicen rápido							
09	E Que los trámites para el alta sean rápidos							
10	E Que los médicos muestren interés para mejorar o solucionar su problema de salud							
11	E Que los alimentos le entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica							
12	E Que se mejore o resuelva el problema de salud por el cual se hospitaliza							
13	E Que durante su hospitalización se respete su privacidad							
14	E Que el trato del personal de obstetricia y enfermería sea amable, respetuoso y con paciencia							
15	E Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia							
16	E Que el trato del personal de nutrición sea amable, respetuoso y con paciencia							
17	E Que el trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta sea amable, respetuoso y con paciencia							
18	E Que el personal de enfermería muestre interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización							
19	E Que los ambientes del servicio sean cómodos y limpios							
20	E Que los servicios higiénicos para los pacientes se encuentren limpios							
21	E Que los equipos se encuentren disponibles y se cuente con materiales necesarios para su atención							
22	E Que la ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuados							

PERCEPCIONES								
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted HA RECIBIDO la atención en el servicio de Hospitalización (Nivel I-4, II y III). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.								
N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P ¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?							
02	P ¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?							
03	P ¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos?							
04	P ¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron?							
05	P ¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?							
06	P ¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?							
07	P ¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?							
08	P ¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?							
09	P ¿Los trámites para el alta fueron rápidos?							
10	P ¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?							
11	P ¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica?							
12	P ¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?							
13	P ¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?							
14	P ¿El trato del personal de obstetricia y enfermería fue amable, respetuoso y con paciencia?							
15	P ¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?							
16	P ¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?							
17	P ¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?							
18	P ¿El personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?							
19	P ¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?							
20	P ¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontró limpios?							
21	P ¿Los equipos se encontraron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?							
22	P ¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?							

ANEXO N° 06

Encuesta de satisfacción del Usuario Interno



7 Anexo

CUESTIONARIO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

El presente cuestionario tiene como objetivo realizar la tercera fase (medición) del estudio del Clima Organizacional.

Tenga en cuenta que su opinión servirá y permitirá mejorar la gestión de su organización de salud.

Antes de responder, debe tener en cuenta lo siguiente:

- El cuestionario es anónimo y confidencial.
- Es importante responder de manera franca y honesta
- Enfoque su atención en lo que sucede habitualmente en la organización, puede pensar en los últimos tres meses de trabajo.
- Llenar el cuestionario con bolígrafo
- Tener en cuenta que se tiene una sola opción para llenar por cada una de las preguntas o enunciados.
- Asegúrese de responder todas las preguntas o enunciados.
- Responder posicionándose en alguna de las opciones que se presentan, dibujando (encerrando) un círculo en el enunciado que indique lo que usted percibe en su ambiente de trabajo.
- La información será recogida y analizada por el equipo técnico de clima organizacional de su organización.

A continuación presentamos un ejemplo de llenado:

“Mi jefe esta disponible cuando se le necesita

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
(TED)	(ED)	(NDNED)	(DA)	(TDA)

Agradecemos anticipadamente su colaboración”.

DATOS GENERALES

ORGANIZACIÓN: MINSA () EsSalud () FFAA () PNP () Sector Privado ()
DISA/DIRESA:
RED/MICRORED:
Nombre de su organización:

CUESTIONARIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

TED Totalmente en desacuerdo ED En desacuerdo NDNED Ni de acuerdo ni en desacuerdo DA De acuerdo TDA Totalmente de acuerdo	TED	ED	NDNED	DA	TDA
Mi jefe está disponible cuando se le necesita.					
Los trámites que se utilizan en mi organización son simples y facilitan la atención.					
Las decisiones se toman en el nivel en el que deben tomarse.					
Considero que el trabajo que realiza mi jefe inmediato para manejar conflictos es bueno.					
Existe una buena comunicación entre mis compañeros de trabajo.					
Mis compañeros de trabajo toman iniciativas para la solución de problemas.					
Mi jefe inmediato se preocupa por crear un ambiente laboral agradable.					
Las normas y reglas de mi organización son claras y facilitan mi trabajo.					
Los esfuerzos de los jefes se encaminan al logro de objetivos de mi organización de salud.					
Me interesa el desarrollo de mi organización de salud.					
Estoy comprometido con mi organización de salud.					
Mi jefe inmediato me comunica si estoy realizando bien o mal mi trabajo.					
Mi trabajo contribuye directamente al alcance de los objetivos de mi organización de salud.					
Mi jefe inmediato se reúne regularmente con los trabajadores para coordinar aspectos de trabajo.					
Existe sana competencia entre mis compañeros.					
Considero que los beneficios que me ofrecen en mi trabajo son los adecuados.					

TED Totalmente en desacuerdo ED En desacuerdo NDNED Ni de acuerdo ni en desacuerdo DA De acuerdo TDA Totalmente de acuerdo	TED	ED	NDNED	DA	TDA
Se han realizado actividades recreativas en los últimos seis meses.					
Recibo mi pago a tiempo.					
La limpieza de los ambientes es adecuada.					
Existen incentivos laborales para que yo trate de hacer mejor mi trabajo.					
Mantengo buenas relaciones con los miembros de mi grupo de trabajo.					
Se me permite ser creativo e innovador en las soluciones de los problemas laborales.					
Me siento a gusto de formar parte de la organización.					
Mi organización de salud se encuentra organizado para prever los problemas que se presentan.					
El jefe del servicio supervisa constantemente al personal.					
Existen formas o métodos para evaluar la calidad de atención en mi organización.					
Conozco las tareas o funciones específicas que debo realizar en mi organización.					
Recibo buen trato en mi establecimiento de salud.					
Nuestros directivos contribuyen a crear condiciones adecuadas para el progreso de mi organización.					
En mi organización participo en la toma de decisiones.					
Mi contribución juega un papel importante en el éxito de mi organización de salud.					
La información de interés para todos llega de manera oportuna a mi persona.					
Las reuniones de coordinación con los miembros de otras áreas son frecuentes.					

TED Totalmente en desacuerdo ED En desacuerdo NDNED Ni de acuerdo ni en desacuerdo DA De acuerdo TDA Totalmente de acuerdo	TED	ED	NDNED	DA	TDA
Presto atención a los comunicados que emiten mis jefes.					
En mi equipo de trabajo, puedo expresar mi punto de vista, aún cuando contradiga a los demás miembros.					
En mi organización de salud, reconocen habitualmente la buena labor realizada.					
Existe equidad en las remuneraciones.					
Existe un ambiente organizado en mi organización de salud. Mi trabajo es evaluado en forma adecuada.					
Las otras áreas o servicios me ayudan cuando las necesita.					
Los premios y reconocimientos son distribuidos en forma justa.					
En términos generales, me siento satisfecho con mi ambiente de trabajo.					
Puedo contar con mis compañeros de trabajo cuando los necesito.					
La innovación es característica de nuestra organización.					
Mi jefe inmediato trata de obtener información antes de tomar una decisión.					
Mi jefe inmediato apoya mis esfuerzos.					
El trabajo que realizo permite que desarrolle al máximo todas mis capacidades.					
Las tareas que desempeño corresponden a mi función.					
El trabajo que realizo es valorado por mi jefe inmediato.					
Es fácil para mis compañeros de trabajo que sus nuevas ideas sean consideradas.					
Considero que la distribución física de mi área me permite trabajar cómoda y eficientemente.					

TED Totalmente en desacuerdo ED En desacuerdo NDNED Ni de acuerdo ni en desacuerdo DA De acuerdo TDA Totalmente de acuerdo	TED	ED	NDNED	DA	TDA
Mi institución es flexible y se adapta bien a los cambios.					
Mi salario y beneficios son razonables.					
Mi remuneración es adecuada en relación con el trabajo que realizo.					
El sueldo que percibo satisface mis necesidades básicas.					

ANEXO N° 08

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Efectividad del sistema de gestión de la calidad a nivel de los servicios de salud en el Hospital I EsSalud -Tingo María 2016

PROPÓSITO

El propósito es conocer la implementación del sistema de gestión de la calidad, desde la programación, planificación, ejecución, monitoreo y supervisión, impulsado el cumplimiento por el equipo de gestión y el personal asistencial.

METODOLOGÍA

Se aplicará una guía de entrevista con la finalidad de identificar a organización del sistema de gestión de la calidad, conocer el diseño y la implementación de los proyectos de mejora, del mismo modo conocer sobre la infraestructura, equipamiento y capacitación del hospital.

Se utilizarán instrumentos validados por la gerencia central de EsSalud, como la guía de prácticas seguras con la finalidad de obtener información de la identificación del paciente, la medicación correcta, la prevención de calidad y úlceras por presión. Del mismo modo se utilizará el aplicativo de las rondas de seguridad

A si mismo se utilizan los aplicativos validados por el minsa y EsSalud, para medir la autoevaluación, la satisfacción del usuario externo y el clima organizacional

SEGURIDAD

El estudio no pondrá en riesgo su salud física ni psicológica del personal de salud y el usuario externo

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se incluirán a los usuarios externos que reciben atención en los servicios: consultorios externos, emergencia y hospitalización, así mismo participaran en la investigación el personal de salud asistencial y administrativo

COMPROMISO

Se le pedirá que conteste a las preguntas del cuestionario que se efectuará, así como su participación activa durante el transcurso de la investigación.

TIEMPO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Tomaremos un tiempo aproximado de 15 minutos para la aplicación del cuestionario al usuario externo y un promedio de 20 minutos para el usuario interno. Del mismo modo para la aplicación de la autoevaluación de los macroprocesos de utilizaran un periodo de 1 semana para la ejecución de instrumento. Las rondas de seguridad se aplicara en un periodo de 60 minutos. Para la aplicación de los instrumentos de las buenas prácticas de seguridad se utilizaran 2 horas.

CONFIDENCIALIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectará la economía familiar ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación.

Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene

derecho.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

“Yo he leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona”

Participante:

NOMBRE.....

EDAD.....

D.N.I.....

Firma:



Anexo N° 07
Hoja de Autorización

La Dirección del Hospital I Tingo María, Representado por la Dra. Mónica Zúñiga Córdor:

Autoriza:

La aplicación del proyecto de investigación :

Titulado: "Efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad a Nivel de los Servicios de Salud en el Hospital I EsSalud Tingo María en el 2016".


La cual va ser realizado por el investigador: Mg. Walter Hugo, Masgo Castro.

Y tendrá como campo de ejecución al Hospital I EsSalud Tingo María, en los servicios de emergencia, hospitalización, Consultorios externos y centro quirúrgico.

Teniendo una duración: Desde el 01 de enero 2016 hasta el 31 de Octubre del 2016.

Tingo María, 01 .de Enero del 2016

Atte.


Director del Centro Asistencial o su representante
Dra. Mónica E. Zúñiga Córdor
C.M.P. 1983
DIRECTORA
HOSPITAL I TINGO MARIA - RAHU
EsSalud

